



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimiento
sobre salud bucal en escolares de la I.E.P. John Nash, Lima-
2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Miranda Sicha Maximina Azucena

ASESOR:

Dr. Laguna Velazco Jorge Gonzalo

SECCIÓN

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Gestión de los servicios de la salud

PERÚ - 2018

Página del jurado

Dra. Sánchez Aguirre Flor de María
Presidenta

Dr. Vertiz Osoreo Joaquín
Secretario

Dr. Laguna Velazco Jorge Gonzalo
Vocal

Dedicatoria

El presente estudio de investigación está dedicada a mi familia: Mi esposo, mis hijos, mis padres, hermanos y sobrinos.

Agradecimiento

Agradezco a la vida por tener una familia hermosa y unida. Por tener siempre un apoyo incondicional de mi esposo para seguir adelante, el respaldo genuino de mi padre y la paciencia de mi madre. Y a todos los que contribuyeron y creyeron en este estudio.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Maximina Azucena Miranda Sicha, estudiante del Programa Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificada con DNI 40044197, con tesis titulada “Técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E.P John Nash, Lima 2017”. De conformidad con la Resolución del Vicerrectorado Académico N° 00011-2016-UCV-VA. Lima 31 de Marzo del 2016.

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lima, 13 de diciembre del 2017

.....

Maximina Azucena Miranda Sicha

DNI: 40044197

Presentación

Señores miembros del jurado

A los señores miembros del jurado de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, filial Lima Norte, se les presenta la tesis titulada: “Técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E.P John Nash, Lima 2017”; en cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el grado de Maestra en Gestión de Servicios de la Salud.

La presente investigación está estructurada en ocho capítulos. En el primer capítulo se exponen los antecedentes de investigación, la fundamentación técnica de la variable y sus dimensiones, la justificación, el planteamiento del problema, las hipótesis y objetivos. En el capítulo dos se presentan las variables en estudio, la operacionalización, la metodología utilizada, el tipo de estudio, el diseño de investigación, la población, la técnica e instrumento de recolección de datos, el método de análisis utilizado y los aspectos éticos. En el tercer capítulo se presenta el resultado descriptivo y el tratamiento de hipótesis. El cuarto capítulo está dedicado a la discusión de resultados. El quinto capítulo contiene las conclusiones de la investigación. En el sexto capítulo se formulan las recomendaciones, en el séptimo capítulo se presentan las referencias bibliográficas; y finalmente en el último capítulo se presentan los anexos correspondientes.

Con los resultados del procesamiento estadístico, la conclusión da diferencias significativas en el nivel de conocimiento sobre salud bucal después de aplicar la técnica audiovisual educativa, encontrándose en la prueba previa de los resultados descriptivos que un 97% estaba en niveles deficiente y regular, mientras que, en la prueba posterior se obtuvo que el 91% llegó a niveles bueno y muy bueno. Y en los resultados de la contrastación de hipótesis se encontró que la diferencia de los rangos del pos test menos el pre test existe un predominio total de los rangos positivos en 50.99 sobre los negativos de 1.5.

Señores miembros del jurado esperamos que esta investigación sea evaluada y merezca su aprobación.

La autora

Índice

	Página
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice de Contenidos	vii
Índice de Tablas	x
Índice de Figuras	xii
Resumen	xiv
Abstract	x
I. Introducción	16
1.1 Realidad problemática	17
1.2 Trabajos previos	20
Antecedentes Internacionales	20
Antecedentes Nacionales	22
1.3 Teorías relacionadas al tema	25
Variable independiente: Técnica audiovisual educativa	25
Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud bucal	35
Dimensión caries dental	43
Dimensión dieta no cariogénica	45
Dimensión higiene bucal	47
Dimensión erupción dental	49
Dimensión prevención oral	51
1.4 Formulación del problema	51
Problema general	51
Problemas específicos	52
1.5 Justificación del estudio	52
Teórica	53
Práctica	54
Social	55

1.6 Hipótesis	55
Hipótesis general	55
Hipótesis específica	55
1.7 Objetivos	56
Objetivo general	56
Objetivo específico	56
II. Método	58
2.1 Diseño de investigación	59
2.2 Variables, operacionalización	60
Variable 1: Técnica audiovisual educativa	60
Variable 2: Nivel de conocimiento sobre salud bucal	60
Operacionalización de variables	61
2.3 Población y muestra	61
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez, confiabilidad	62
2.5 Métodos de análisis de datos	64
2.6 Aspectos éticos	65
III. Resultados	66
3.1. Resultados estadísticos descriptivos	67
3.2. Contrastación de hipótesis	75
Prueba de hipótesis general	75
Prueba de hipótesis específicas	76
IV. Discusión	87
V. Conclusiones	93
VI. Recomendaciones	96
VII. Referencias	98
Anexos	106
Anexo 1: Artículo Científico	
Anexo 2: Matriz de consistencia	
Anexo 3: Instrumentos	
Anexo 4: Validez de los instrumentos	
Anexo 5: Permiso de la Institución donde se aplicó el estudio	
Anexo 6: Base de datos	

Anexo 7: Programa (Sesiones educativas de aprendizaje)

Anexo 8: Prints de Resultados

Lista de tablas

Tabla 1.	Porcentajes de aprensión y retención mnemotécnica.	32
Tabla 2.	Operacionalización de variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud bucal.	61
Tabla 3.	Validez del instrumento de recolección de datos	64
Tabla 4.	Distribución y resultados del nivel de conocimiento, frecuencia, porcentaje y diferencias encontradas en un pre test y post test de la población escolar.	67
Tabla 5.	Distribución y resultados en la dimensión caries dental porcentaje y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	68
Tabla 6.	Distribución y resultados en la dimensión dieta no cariogénica, porcentaje y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	69
Tabla 7.	Distribución y resultados en la dimensión higiene bucal, porcentaje y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	70
Tabla 8.	Distribución y resultados en la dimensión erupción dental, porcentaje y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	71
Tabla 9.	Distribución y resultados en la dimensión prevención dental, porcentaje y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	72
Tabla 10.	Distribución de promedios y diferencias de respuestas correctas en las cinco dimensiones. Caries dental, dieta no cariogénica, higiene bucal, erupción dental y prevención oral de la población escolar en un pre test y pos test.	73
Tabla 11.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.	74
Tabla 12.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los	

	escolares de la I.E.P. John Nash.	75
Tabla 13.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre caries dental en los escolares de la I.E.P. John Nash.	77
Tabla 14.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica en los escolares de la I.E.P. John Nash.	79
Tabla 15.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash.	81
Tabla 16.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash.	83
Tabla 17.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash.	85

Lista de figuras

Figura 1.	Medios didácticos.	34
Figura 2.	Teoría de etapas del cambio.	36
Figura 3.	Teoría de las creencias en salud.	37
Figura 4.	Teoría del aprendizaje social.	38
Figura 5.	Teoría de la difusión de innovaciones.	39
Figura 6.	Teoría del mercadeo social.	40
Figura 7.	Técnica de Bass.	48
Figura 8.	Erupción cronológica de la dentición temporal.	50
Figura 9.	Erupción cronológica de la dentición permanente.	50
Figura 10.	Nivel de conocimiento, porcentaje y diferencias en un pre test y pos test de la población escolar estudiada.	67
Figura 11.	Dimensión de caries dental, porcentajes y diferencias De la población escolar estudiada.	68
Figura 12.	Dimensión dieta no cariogénica, porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	69
Figura 13.	Dimensión higiene bucal, porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	70
Figura 14.	Dimensión erupción dental, porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	71
Figura 15.	Dimensión prevención oral, porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	72
Figura 16.	Dimensiones caries dental, dieta no cariogénica, Higiene bucal, erupción dental y prevención oral, porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y pos test.	74
Figura 17.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre salud bucal antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.	76
Figura 18.	Nivel de comprobación y significación estadística entre	

	el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre caries dental antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.	78
Figura 19.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.	80
Figura 20.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre higiene bucal antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.	82
Figura 21.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre erupción dental antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.	84
Figura 22.	Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre prevención oral antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.	86

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar el efecto de la técnica audiovisual educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal en escolares del primer grado de educación secundaria de la I.E.P. John Nash. Y el problema general se planteó con la siguiente pregunta: ¿Cuál es el efecto de la técnica audiovisual educativa para mejorar el nivel de conocimiento en salud bucal que presentan los escolares del primer grado de educación secundaria de la I.E.P. John Nash, Lima 2017?

El método empleado por la investigación fue el experimental. El diseño fue pre experimental. La población estuvo constituida por 100 escolares del primer grado de educación secundaria. Como instrumento se aplicó un cuestionario estructurado de 20 preguntas, el cual fue utilizado tanto en la prueba previa y luego en la prueba posterior.

Al realizar el procesamiento estadístico, se llegó a la conclusión que existen diferencias significativas en el nivel de conocimiento sobre salud bucal después de aplicar la técnica audiovisual educativa, encontrándose en la prueba previa de los resultados descriptivos que un 97% estaba en niveles deficiente y regular, mientras que, en la prueba posterior se obtuvo que el 91% llegó a niveles bueno y muy bueno. Y en los resultados de la contrastación de hipótesis se encontró que la diferencia de los rangos del post test menos el pre test existe un predominio total de los rangos positivos; donde el rango promedio de los rangos positivos es 50.99 y de los rangos negativos es 1.5.

Palabras Clave: Salud bucal, nivel de conocimiento, técnica audiovisual educativa, escolares.

Abstract

The present study had as general objective to determine the effect of the educational audiovisual technique on the level of knowledge on oral health in students of the first grade of secondary education of the I.E.P. John Nash. And the general problem arose with the following question: What is the effect of the audiovisual educational technique to improve the level of knowledge on oral health in the students of the first grade of secondary education of the I.E.P. John Nash, Lima 2017?

The method used by the research was the experimental one. The design was pre-experimental. The population was constituted by 100 students of the first grade of secondary education. As a tool, a structured questionnaire of 20 questions was applied, which was used both in the pre test and then in the post test.

When carrying out the statistical processing, it was concluded that there are significant differences in the level of knowledge about oral health after applying the educational audiovisual technique, being in the previous test of the descriptive results that 97% were in deficient and regular levels, while, in the subsequent test it was obtained that 91% reached good and very good levels. And in the results of the hypothesis testing it was found that the difference of the post test ranges minus the pretest there is a total predominance of the positive ranges; where the average range of the positive ranges is 50.99 and of the negative ranges is 1.5.

Keywords: Oral health, level of knowledge, educational audiovisual technique, school.

I. Introducción

1.1 Realidad problemática

Parte importante de la salud bucal en el ámbito mundial se ejecuta y organiza a través de programas con componentes promocionales y/o preventivos. Y se miden por la variación de los índices de salud bucal e incremento de conocimientos o actitudes hacia la salud. Avalos, Huillca, Picasso, Omori, y Gallardo (2015) mencionaron “La educación para la salud bucal es la base para un desarrollo adecuado de estrategias y programas asistenciales que busquen mejorarla y confrontar de una mejor manera la disyuntiva siempre existente entre los recursos disponibles y las necesidades presentes. En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve integrar la educación sanitaria y promoción de la salud dentro de la salud escolar en general en sus niveles mundial, nacional, regional y local” (p. 62). Muñoz y Mattos (2015) sostuvieron que “Los programas educativos preventivos mediante charlas a las madres utilizando la orientación verbal, afiches y proyección de diapositivas, contribuyen a disminuir la incidencia de caries, estimulando la adopción de hábitos más saludables” (p. 322)

La OMS (2003) mencionó que:

Las enfermedades crónicas y las lesiones son los principales problemas de salud en casi todas las partes del mundo. Los patrones de enfermedad que cambian rápidamente en todo el mundo están estrechamente vinculados a cambiantes estilos de vida, que incluyen una alimentación con alto contenido de azúcares, uso generalizado del tabaco y aumento del consumo de alcohol. Además de los determinantes socio ambientales, la enfermedad oral está muy relacionada con estos factores del estilo de vida, que son riesgos para la mayoría de las enfermedades crónicas, así como factores protectores como la exposición adecuada al fluoruro y una buena higiene bucal. Organización mundial de la salud. (p. 1)

El Ministerio de salud, Minsa (2012) planteó “La salud bucal en el Perú requiere un enfoque integral ya que constituye un asunto grave de salud pública y la aplicación de un plan de promoción y prevención de la salud bucal factible y

realista. La población más vulnerable desde el punto de vista socioeconómico demanda el tratamiento adecuado de dicha problemática, aunque se enfrenta a la disyuntiva de recortar sus gastos alimentarios para orientarlos a una atención de su salud bucal” (p. 1)

La OMS (2003) estableció “Las enfermedades bucales a nivel mundial se consideran uno de los principales dilemas de salud pública debido a su alta incidencia y prevalencia, y en cuanto a las enfermedades en su totalidad, con una carga mayor de enfermedades bucales corresponde a las poblaciones desfavorecidas y socialmente marginadas” (p.1)

Tanto estudios epidemiológicos 2001-2002 a nivel nacional como estudios anteriores que datan de 1990, presentan un panorama sumamente lamentable sobre las condiciones en las que se encuentra la salud bucal en el Perú. En lo epidemiológico la prevalencia de caries dental indica un 90.4% y a una edad de 12 años el número de piezas dentales que han sido reportadas como cariadas, perdidas y obturadas es de 6. El estudio de 1990 presenta un 85% de prevalencia de enfermedad periodontal y se proyecta al presente la prevalencia de maloclusiones en un 80%. (Minsa, 2012)

Minsa (2012) sostuvieron que:

Con R. M. N° 649-2007/MINSA, se establece a la estrategia sanitaria nacional de salud bucal de la dirección general de salud de las personas; la cual se reestructura con R.M. N° 525-2012/MINSA, teniendo entre sus principales funciones la gestión de las actividades promocionales, preventivas, recuperativas y de rehabilitación en todas las etapas de vida en el marco de la atención integral de salud; formulación y propuesta normativa, la articulación intra e intersectorial y con la sociedad civil para el abordaje multidisciplinario de las enfermedades bucales. (Minsa, 2012)

Beltrán (2015) mencionó que:

El gobierno ha promulgado la ley N°30061 que establece el servicio de salud escolar en todos los establecimientos educativos del Estado.

El mantenimiento de la salud bucal es el principal cometido de la profesión odontológica. Para ello dispone de medios efectivos, como son el examen bucal temprano y periódico, las medidas educativas para la instalación del hábito de la higiene bucal, la remoción de la placa microbiana, la utilización del flúor en sus diversas formas, la aplicación de sellantes y la operatoria dental oportuna. (p. 1)

Henostroza (2007) propuso “Los factores indirectos o moduladores que condicionan la aparición y progresión de estas enfermedades (como el nivel de instrucción y conocimiento sobre salud bucal) deben ser identificados tempranamente con el fin de reducir la incidencia y prevalencia de las enfermedades antes mencionadas. (p. 20)

Avalos *et al* (2015) mencionaron “El hacer más saludable el estado bucal de las personas evitando posibles enfermedades requiere una actitud decisiva del odontólogo para educarlas y motivarlas a una reducción de hábitos nocivos sobre la base de un cambio de actitud y comportamiento en dichas personas. El individuo y sus familiares han de ser capacitados para que cumplan cabalmente lo que el profesional les enseñe y sean responsables de su propia salud” (p. 62)

Para promover comportamientos saludables se debe tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo. Esta información permite fomentar la aparición de nuevas creencias que puedan ser incluidas en las tradiciones culturales de los grupos humanos. (López, 2015)

El periodo escolar se caracteriza por el aprendizaje y la adquisición de hábitos, constituyendo el momento propicio para el inicio de la educación de salud bucodental siendo relativamente sencillo el introducir hábitos saludables, mientras que la consecución en edad adulta supone un alto esfuerzo. Esto es debido a que el escolar, a estas edades, asimila los conocimientos y actitudes, siendo esta etapa la más propicia a fomentar los buenos hábitos, aptitudes y actitudes del escolar en incipiente aprendizaje. Mientras que a una persona adulta le cuesta más cambiar sus hábitos. (García, 2015)

Por otro lado, Avalos *et al* (2015) mencionó “Los escolares están en condiciones de percibir y entender las normas y reglas de un cumplimiento diario

con relación a su salud y estilos de vida saludables; los cuales son asimilados e interiorizados de manera de que asuman un compromiso con su propia salud tanto a nivel familiar como en comunidad” (p. 62)

Los primeros conocimientos y hábitos que adquiere el escolar sobre la salud oral son obtenidos normalmente en el entorno familiar, pero es en la escuela donde los incrementarán y mejorarán durante toda su escolaridad, siendo el maestro el principal artífice. Así mismo, es bien sabido y aceptado por la sociedad que la colaboración de la familia con el maestro es factor clave para conseguir los objetivos propuestos en los programas de salud. (García, 2015)

Los escolares no se encuentran con una buena base en el nivel de conocimiento respecto a la salud bucal. Hay una falta de concientización y educación continua en el apoyo de la información brindada en los diferentes programas, técnicas o estrategias que se podrían implantar de forma más sistematizada.

Dentro de las causas de este problema falta sensibilizar y capacitar a los escolares, para que puedan tener una base sólida de conocimientos generales sobre salud bucal. Si no mejora esta situación seguiremos enfrentando cifras altas de caries dental, deficiencias en una correcta higiene bucal y desconocimiento de tratamientos preventivos importantes para poder mantener un buen estado de salud bucal. En consecuencia se quiere más apoyo de las diferentes instituciones como colegios, municipalidades, medios de comunicación, campañas etc, para mejorar el estado de salud bucal de forma general.

1.2 Trabajo previos

Antecedentes internacionales

Gutiérrez, Tamayo, Benitez, Guach y Soler (2015) en su trabajo de investigación: *Estrategia didáctica para elevar el nivel de conocimientos sobre promoción de salud bucal*, cuyo objetivo fue elaborar una estrategia didáctica para incrementar el grado de conocimientos sobre promoción de salud bucal en los estudiantes de la carrera de estomatología en la facultad de ciencias médicas Celia Sánchez Manduley de Manzanillo Cuba. Contó con una muestra de 20 estudiantes, la cual

se escogió a través del muestreo aleatorio simple utilizando como procedimiento el sorteo, de una base de 65 estudiantes como población. El tipo de estudio fue pre experimental, además contó con métodos de investigación como teóricos: Analítico-sintético, inductivo– deductivo, histórico–lógico y sistémico–estructural; empíricos: Entrevista– encuesta; estadístico: Para el análisis porcentual en el procesamiento de datos obtenidos. Y llegó a las siguientes conclusiones; que una vez implementada la estrategia (sitio web), todos los alumnos alcanzaron una calificación alta en concepto, componentes y técnicas con un 95%.

García (2015) en su trabajo de investigación: *Rol del maestro en el programa de salud oral escolar*, tesis para optar el grado de doctora de la universidad Complutense de Madrid (UCM), cuyo objetivo fue orientar e incentivar al maestro tanto en su propia salud oral como la de sus alumnos en Madrid-España, contó con un muestreo probabilístico y procesos aleatorios, es decir, basados en el azar. Se tomó una muestra de 196 colegios y 392 maestros. EL tipo de estudio fue pre-experimental y llegó a las siguientes conclusiones: que el grado de conocimientos de los maestros fue deficitario con respecto a la salud oral y la charla de educación sobre ella resultó satisfactoria por parte de los docentes, lo que se reflejó claramente en el post-test.

López (2015) en su trabajo de investigación: *Propuesta de estrategia educativa sobre salud bucal en escolares. Escuela secundaria básica “Amilka Cabral” 2015*, cuyo objetivo fue elaborar una propuesta de estrategia educativa en escolares entre 12 y 14 años de edad en Cuba. Contó con un universo de 200 escolares del séptimo al noveno grado, a los cuales se les entrevistó. Se utilizó un cuestionario de carácter individual con la técnica de grupo focal. El tipo de estudio fue descriptivo y se llegó a las siguientes conclusiones: Predominó el desconocimiento sobre la realización de una correcta higiene bucal y sobre la salud bucal en general; por lo cual tuvo como resultados, que la ingestión entre las comidas de alimentos líquidos y sólidos representó el 61.5%, y el 59,5% de los encuestados se cepillaban 3 veces al día. Se demostró que las principales necesidades de aprendizaje identificadas fueron el bajo nivel de información y conocimientos sobre salud bucal y se diseñó una estrategia educativa dirigida a elevar el nivel de conocimiento de salud bucal de los escolares.

Barreno (2011) en su trabajo de investigación: *Proyecto educativo para promover la higiene buco-dental en los niños de la escuela fiscal mixta 17 de Julio de la comunidad Miguicho Adentro. Cantón Santa Ana. Provincia Manabí. 2011*, cuyo objetivo fue implementar un proyecto educativo sobre higiene buco-dental, Manabí-Ecuador, contó con una muestra de 70 niños, aplicándoles una encuesta estructurada de 24 preguntas. El tipo de estudio fue descriptivo transversal con diseño no experimental y llegó a las siguientes conclusiones: los conocimientos fueron muy deficientes, ya que el 74% de la población no conoce el correcto cepillado de los dientes, por lo que se determinó la necesidad de capacitar, implementando el proyecto educativo sobre higiene buco-dental.

Rodríguez (2005) en su trabajo de investigación: *Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago*, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento en salud bucal, contó con una muestra de 323 escolares de séptimo y octavo básico de distintas escuelas de la ciudad de Santiago-Chile, aplicándoles una encuesta de 30 preguntas vía internet y llegó a las siguientes conclusiones; que el nivel de conocimientos promedio fue “aceptable” y solo en el último año un 50% de los escolares visitó al dentista.

Antecedentes nacionales

Quezada y Espinoza (2016) en su trabajo de investigación: *Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la institución educativa Túpac Amaru II*, cuyo objetivo fue determinar la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de 12 a 13 años de edad en el distrito Florencia de Mora, Trujillo 2015; contó con una población de 50 alumnos de dos grupos aleatorios de 25, siendo uno de ellos el grupo experimental (se les realizó el cuestionario e índice de higiene oral antes de la intervención educativa, al finalizar la charla educativa y al mes) y el otro el grupo control (se les realizó el cuestionario e índice de higiene oral). El tipo de estudio fue experimental, descriptivo y longitudinal; y llegó a las siguientes conclusiones; que la intervención educativa fue eficaz, aumentó el nivel de conocimiento en salud bucal y el mejoramiento de la higiene oral en los alumnos; se encontró que el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa tanto en el primer y segundo grupo fueron deficiente y regular 15 (60%); luego se elevó a bueno en 18

(72%) y al mes aumentó a 20 (80%), el índice de higiene oral al inicio en ambos grupos fue malo 100%, después de la intervención educativa en el grupo experimental se elevó a regular en 24 (96%) y al mes a bueno en 18 (72%) y regular en 7 (28%).

Avalos, Huilca, Picasso, Omori y Gallardo (2015) en su trabajo de investigación: *Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana*, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos en salud oral relacionada a la calidad de higiene oral de la población escolar de 9–12 años de edad en la I.E. 1120 “Pedro A. Labarthe, Lima – Perú”. Contó con una muestra de 76 escolares seleccionados mediante muestreo no probabilístico con voluntarios, mediante un cuestionario de preguntas cerradas. El tipo de estudio fue observacional, descriptivo y transversal; y se llegó a las siguientes conclusiones que la mayor parte de la muestra presentó un regular conocimiento en salud oral 72.4%, seguido por bueno en un 22.4%. En cuanto a la calidad de higiene oral fue de mala en un 59.2% seguido por regular en un 38.2%; pues no se encontró relación entre la calidad de higiene oral y el nivel de conocimientos en salud oral.

Rufasto y Saavedra (2012) en su trabajo de investigación: *Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana*, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de un programa educativo en salud oral en el nivel de conocimiento e índice de higiene oral en escolares del primero a quinto de secundaria, en la institución educativa nacional N° 1003 República de Colombia-Lima, Perú; contó con una muestra de 183 escolares, el tipo de estudio representó un ensayo clínico, prospectivo, analítico y llegó a las siguientes conclusiones; los índices de higiene oral y conocimientos sobre salud oral fueron mejorados después del programa preventivo de salud oral; el nivel de conocimientos antes de aplicar el programa educativo fue regular con un 78.7% y bajo en un 21.3%; luego de aplicar la charla fue alto en un 43.2%, seguido de un nivel regular en un 45.4% y bajo en un 11.5%.

Campos (2010) en su trabajo de investigación: *Efectividad de un programa educativo de salud bucal en escolares de 1° año de secundaria de la I.E. San Antonio de Padua – Cañete*, cuyo objetivo fue determinar la efectividad de un

programa educativo sobre salud bucal en el estado de higiene oral, actitudes y los conocimientos de salud bucal en escolares de primer año de secundaria, utilizando el método del teatro de clown, contó con una muestra equivalente a la población de 102 escolares. El tipo de estudio fue prospectivo, longitudinal, cuasi experimental y comparativo. Y llegó a las siguientes conclusiones, se demostró un incremento estadísticamente significativo del nivel de conocimiento de un promedio inicial de 10.87% comparado al promedio final de 15.33%, y de actitudes de un nivel favorable a muy favorable, en los escolares al finalizar el programa.

Noborikawa y Kanashiro (2009) en su trabajo de investigación: *Evaluación de un programa educativo-preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos*, cuyo objetivo fue evaluar la influencia del programa educativo de salud oral sonrisas (Pesos), en la higiene oral y en los conocimientos de salud oral en los alumnos del primero y segundo de secundaria del colegio La Unión, Pueblo Libre; contó con una muestra de 132 alumnos, fueron evaluados antes y después del programa, el Pesos consistió en cuatro sesiones de estructuras de la cavidad oral, enfermedades orales más frecuentes y prevención en salud oral. El tipo de estudio fue descriptivo, pre experimental y transversal puesto que se ha realizado en un corto periodo de tiempo, que fue durante el primer semestre del año 2009, y llegó a las siguientes conclusiones; el nivel de conocimiento y conducta de los internos de ciencias de la salud de la Unmsm fue regular y no presentó diferencias significativas según género, edad, ni escuela profesional.

Noborikawa (2006) en su trabajo de investigación: *Influencia del programa educativo de salud oral “sonrisas” en una población de adolescentes peruanos en el año 2004*, tesis para optar el grado de magister de la universidad Peruana Cayetano Heredia Perú, cuyo objetivo fue evaluar la influencia del programa educativo de salud oral “sonrisas” sobre la higiene oral y conocimientos de medidas preventivas en salud oral de adolescentes del colegio “La Unión” en el distrito de Pueblo Libre, contó con una población de 100 alumnos del primero y segundo año de educación secundaria; el tipo de estudio fue pre experimental con un ensayo de campo con solo un grupo autocontrol, utilizando un cuestionario de

10 preguntas antes y después del programa. Y llegó a las siguientes conclusiones; el porcentaje promedio de las preguntas respondidas correctamente por los alumnos varones antes del programa fue de 55.9% y después del programa fue de 70%; con respecto al sexo femenino antes del programa fue de 67.3% mientras que después del programa fue del 78.6%. A nivel general el porcentaje de promedios de las respuestas contestadas correctamente antes y después del programa fue del 61% y 74% respectivamente.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Variable independiente: Técnica audiovisual educativa

Schunk (2012) mencionó “Los orígenes de las teorías contemporáneas del aprendizaje se remontan a hace muchos años. Se comienza con un análisis de las posturas filosóficas sobre el origen del conocimiento y su relación con el ambiente, y se concluye con algunas de las primeras perspectivas psicológicas del aprendizaje” (p. 4)

Las dos posturas sobre el origen del conocimiento y su relación con el entorno son el racionalismo y el empirismo, y ambas están presentes en las teorías actuales del aprendizaje.

Racionalismo

Se refiere a que la razón genera el conocimiento al margen de los sentidos. La diferencia entre mente y materia tan relevante en el racionalismo, sobre el conocimiento humano ya fue sugerido por Platón en cuanto a la distinción del conocimiento adquirido ya sea por los sentidos o por la razón. Descartes utilizó la duda como método de indagación y llegó a conclusiones que eran verdades absolutas y que no estaban sujetas a duda alguna. Kant amplió la perspectiva racionalista y abordó el tema del dualismo mente-materia y señaló que el mundo externo está desordenado, pero lo percibimos como ordenado porque la mente impone el orden. Kant reafirmó el papel de la razón como fuente de conocimiento, pero afirmó que ésta opera dentro del ámbito de la experiencia. (Schunk, 2012)

Empirismo

En contraste con el racionalismo, el empirismo sostiene a la experiencia como fuente única del conocimiento. Ya Aristóteles planteaba la imposibilidad que las ideas se den de manera independiente del contexto exterior, que es el origen de cualquier conocimiento. Cuanto más asociados estén dos objetos o ideas, mayor es la probabilidad de que el recuerdo de uno dispare el recuerdo del otro. Locke señaló que no existen ideas innatas, sino que todo el conocimiento se deriva de dos tipos de experiencias: las impresiones sensoriales del mundo externo y de la conciencia personal. (Schunk, 2012)

Solano (2002) mencionó “Las teorías del aprendizaje que han tenido mayor influencia en el mundo educativo. Éstas pueden ser situadas en el marco de dos grandes enfoques: el enfoque conductista y el enfoque cognoscitivista” (p. 57)

Enfoque conductista

Son las teorías del condicionamiento estímulo-respuesta.

La teoría de la asociación estímulo-respuesta o teoría conexionista de Edward Thorndike, se afirmó sobre el estudio de conductas por ensayo y error. Experimentando con animales, estableció todo un conjunto de principios y leyes acerca del aprendizaje humano. Para él, la base del aprendizaje se encuentra en la asociación entre las impresiones de los sentidos y los impulsos para la acción o respuestas; lo que denominó en un primer momento como aprendizaje por ensayo y error y que, posteriormente, recibiría la denominación de aprendizaje por selección y conexión. (Solano, 2002)

Ebbinghaus y Pavlov son los antecedentes más clásicos, el primero padre del funcionalismo o estudio del aprendizaje que permite averiguar cuáles son los factores que inciden para que éste se dé. El segundo, es el padre de lo que conocemos hoy día como condicionamiento clásico, y el cual plantea que un tipo de aprendizaje se produce, si un nuevo estímulo se presenta antes de una secuencia de estímulo-respuesta ya aprendida. (Solano, 2002)

Teoría del condicionamiento operante de B.F. Skinner, el aprendizaje es un proceso que puede y debe ser dirigido desde afuera, pues no considera que

existan facultades innatas en los individuos. De acuerdo con su planteamiento, el aprendizaje debe ser manejado a través de una planificación mecánica, acerca de lo que los individuos deben aprender. El condicionamiento operante (nombre con el que se conoce la teoría de Skinner) es un proceso a través del cual una respuesta u operante (conjunto de actos), llega a ser más probable, gracias al reforzamiento por medio de un cambio en el ambiente de un organismo. (Solano, 2002)

Enfoque cognoscitivista

La epistemología genética de Jean Piaget, el aprendizaje es una reestructuración activa de percepciones e ideas y no, simplemente, una reacción pasiva ante la estimulación y el refuerzo exterior. De acuerdo con Piaget, nuestros conocimientos no provienen de la sensación ni de la percepción en forma aislada, sino de la acción entera, en la cual la percepción no constituye más que la función de la señalización. (Solano, 2002)

Su teoría pone de relieve una concepción del aprendizaje, a partir del procesamiento de información, lo cual lleva, necesariamente, a la exploración y al descubrimiento.

El aprendizaje es concebido, así, como un proceso de reorganización cognitiva, lo cual supone, primero, un proceso de asimilación de la información que es obtenida del medio y, al mismo tiempo, la acomodación de los conocimientos que se tienen previamente (a los recibidos recientemente) para producir, al final, un proceso de autorregulación cognitiva que es lo que Piaget denominó equilibración.

(Solano, 2002)

La teoría socio-genética de Lev Vygotski o teoría socio-cultural, toma como punto de partida una perspectiva teórica y metodológica muy diferente, porque su teoría surgió en el contexto histórico social, de la hoy extinta Unión Soviética, aspecto que determina diferencias ideológicas y conceptuales de sus planteamientos, respecto a los ofrecidos por los teóricos de corte occidental. (Solano, 2002)

El ser humano no se limita a responder a los estímulos, sino que actúa sobre ellos transformándolos, los mediadores de la teoría de Vygotski son instrumentos que transforman la realidad, en lugar de imitarla.

Comprender la importancia que Vygotski le brinda al entorno, es fundamental para entender su teoría, ya que para él, el medio histórico-social es el que proporciona los instrumentos de mediación. Su adquisición, no sólo consiste en tomarlos del medio social externo, sino que se requiere interiorizarlos, lo cual exige una serie de procesos psicológicos. Todas las funciones superiores se originan como relaciones entre seres humanos, es por eso que el sujeto ni copia los significados del medio, como lo acotan los conductistas, ni los construye, como en Piaget, sino que los reconstruye. (Solano, 2002)

La teoría del aprendizaje significativo de David Ausubel, todo aprendizaje en el aula puede ser situado en dos dimensiones: repetición-aprendizaje significativo y recepción descubrimiento. El alumno o la alumna relaciona las nuevas ideas que se le presentan con las que ya posee. Aprender es establecer vínculos entre lo que hay que aprender y lo que ya se sabe. (Solano, 2002)

Ausubel considera que el almacenamiento de información en el cerebro se encuentra altamente organizado, con conexiones formadas entre elementos antiguos y nuevos, que dan lugar a una jerarquía conceptual, en la que los elementos de conocimiento menos importantes están unidos a (incluidos en) conceptos más amplios, generales e inclusivos. (Solano, 2002)

Posteriormente surgió el enfoque psicológico del aprendizaje: el estructuralismo y el funcionalismo.

La teoría construccionista de Seymour Papert, elaboró una teoría intelectual a la que denominó construccionismo. Esta teoría se encuentra cimentada en los principios constructivistas de la teoría de Piaget, pero se aleja de ella en la forma de comprender la dinámica del aprendizaje. (Solano, 2002)

El medio cultural genera un conjunto de limitaciones, al tipificar a los sujetos de una manera maniquea, entre “los que tienen la inteligencia” y “los que no la tienen”; es por ello que quienes tienen un mayor desarrollo de la inteligencia

lógico-matemática, gozan de un alto prestigio intelectual en nuestro medio, mientras que quienes no la poseen⁹⁸ pasan a formar parte del grupo de los incapaces, en un mundo que sustenta su accionar en la primacía de las ciencias exactas y naturales. (Solano, 2002)

La teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner, debemos señalar que desde la antigüedad diversas culturas le han asignado funciones específicas a algunas partes del cuerpo, en relación con las facultades mentales. Los egipcios, por ejemplo, consideraban que el pensamiento se encontraba localizado en el corazón y los griegos afirmaban que la mente se encontraba en el cerebro. (Solano, 2002)

De acuerdo con el criterio de Gardner, todos ellos ignoran la biología. Todos evitan luchar a brazo partido con los niveles más altos de la creatividad, y todos son insensibles a la diversidad de papeles destacados en la sociedad humana. El ser humano posee gran habilidad para emplear diversos vehículos simbólicos en la expresión y la comunicación de significados. (Solano, 2002)

La teoría de las inteligencias múltiples, es un intento serio y sistematizado en el ámbito de la psicología del desarrollo y, de manera más general, un aporte significativo en el campo de las ciencias cognoscitivas y conductuales. Por sus propias características, se ha convertido en una de las teorías más sugestivas que han aparecido en las últimas décadas. La obra Estructuras de la mente. Teoría de las Inteligencias Múltiples despertó el interés en unos y el recelo en otros, al plantear que el ser humano posee ocho tipos de inteligencia. (Solano, 2002)

Los seres humanos han evolucionado para mostrar distintas inteligencias y no para recurrir de diversas maneras, a una sola inteligencia flexible. En la actualidad, los investigadores consideran que existe una multitud de inteligencias bastante independientes entre sí, y que cada inteligencia tiene sus propias ventajas, pero también sus propias limitaciones. (Solano, 2002)

Sevilla (2013) mencionó que:

Considerando el crecimiento exponencial de la tecnología y de la información científica, los sistemas educativos en general y, particularmente, el profesorado necesitan contar con herramientas que contribuyan a crear y a desarrollar entornos de aprendizaje centrados en el alumnado. Sin embargo los docentes suelen estar presionados por urgencias temporales y múltiples exigencias de innovación contrapuestas con la rigidez curricular. A esto se suman los requisitos de formación para crear sus propios materiales adaptados a su estilo de enseñanza, la diversidad cultural del alumnado, las limitaciones presupuestarias, la dispersión de múltiples entornos de aprendizaje y/o la existencia de diversos agentes educadores generalmente desconectados entre sí, entre otros factores. (p. 154)

Rodríguez (2005) sostuvo que:

La educación se entiende como un proceso que sintetiza dos actividades: la enseñanza y el aprendizaje. La enseñanza se define como la acción de un agente educador sobre los educandos, que puede ser programada o no; pretende transformar al alumno a partir de la capacitación. El aprendizaje es el resultado del trabajo que realiza el estudiante, para adquirir lo que se le transmite. El alumno tiene la capacidad de aprender y por eso puede ser educado. (p. 18)

Vila (2009) mencionó “El aprendizaje consiste en la adquisición de conocimientos de algún arte, oficio u otra cosa a partir de determinada información recibida. En un sentido más amplio el aprendizaje es la aplicación voluntaria de los conocimientos recibidos, es por tanto, un proceso activo responsabilidad del individuo” (p.54)

Santillán (2009) mencionó que:

Así también es un cambio duradero en los mecanismos de conducta, resultado de la experiencia con los acontecimientos ambientales. Aprender es una actividad que puede resultar muy fácil para algunos y un poco compleja para otros; el grado de dificultad también está limitado a lo que debemos aprender. Esto se debe a que, aunque

todos nacemos con la misma capacidad de inteligencia, no todos saben cómo desarrollarla; es así como se derriba el mito de que existen individuos “más inteligentes que otro” o “mejores que otros”. El concepto de aprendizaje es fundamental para que podamos desarrollar el intelecto y adquiramos información que nos será muy útil para desenvolvernó en nuestro entorno, refleja un cambio permanente en el comportamiento el cual absorbe conocimientos o habilidades a través de la experiencia. Para aprender necesitamos de tres factores fundamentales: observar, estudiar y practicar. (p. 15)

Rodríguez (2005) mencionó “La educación es una práctica en la que agentes

especializados (educadores) realizan una labor sobre una materia prima (alumnos) con instrumentos adecuados, con el objetivo de que los sujetos de la educación, generalmente niños y adolescentes, se adapten a una determinada sociedad. Esta educación produce dos efectos en el alumno: la capacitación y la formación” (p. 18)

Según un estudio sobre porcentajes de aprensión y retención mnemónica, desarrollado por la oficina de estudios de la Secondary Vacuum oil, se muestra de manera concluyente la eficacia del método de enseñanza audiovisual para la retención de información, ya que utiliza los 2 sentidos más importantes para el aprendizaje como son la vista (83%) y el oído (11%). También según canales informativos como son los datos de retención y los métodos de enseñanza. (Carrasco y Besterretche, 2004)

Tabla 1:
Porcentajes de aprensión y retención mnemónica

Cuánto aprendemos		
Mediante el gusto	1 %	
Mediante el tacto	1.5 %	
Mediante el olfato	3.5 %	
Mediante el oído	11 %	
Mediante la vista	83 %	
Porcentajes de los datos retenidos por los estudiantes		
De lo que leen	10 %	
De lo que escuchan	20 %	
De lo que ven	30 %	
De lo que ven y escuchan	50 %	
De lo que se dice y se discute	70 %	
De lo que se dice y luego se realiza	90 %	
Método de enseñanza	Datos retenidos después de 3 horas	Datos retenidos después de 3 días
A. Solamente oral	70 %	10 %
B. Solamente visual	72 %	20 %
C. Oral y visual conjuntamente	85 %	65 %

Fuente: Carrasco y Besterretche (2004)

Técnica educativa.

La técnica educativa a fin de educar a una persona o a un grupo:

“Es la manera de presentar la materia educativa y el modo de utilizar el material didáctico”. (Vila, 2009, p.54)

Técnica educativa grupal.

A fin de educar a grupos de personas. “La educación para la salud grupal es una intervención que enriquece a todos los miembros del grupo participante, incluido al educador, especialmente en el área de la motivación y de las actitudes. Quizá el aspecto más importante es la posibilidad de la interacción entre todos los miembros del grupo; cada uno de los componentes del grupo no sólo recibe, sino que proporciona conocimientos, experiencias y alternativas que van a ser útiles para los demás en su vida habitual respecto a su proceso” (Garrote y Cojo, 2015, p. 8)

Tipos de técnicas grupales: (Garrote y Cojo, 2015, p. 11)

■ Técnicas de Investigación en Aula.

■ Técnicas Expositivas.

- Técnicas de Análisis.
- Técnicas para el Desarrollo de Habilidades.
- Otras técnicas de aula y fuera de aula.

Técnica expositiva

La técnica educativa expositiva o también llamada informativa es una de las técnicas de enseñanza más utilizada en la educación para la salud. El expositor desarrolla el tema de forma ordenada y clara, puede utilizar material didáctico como medio de ayuda para la presentación.

En este tipo de técnica están incluidos distintos tipos de exposiciones teóricas como:

- Exposición.
- Exposición y luego discusión.
- Exposición participativa.
- Panel de expertos.
- Mesa redonda.
- Debate público, etc.

Limitaciones

- La efectividad de la charla dependerá de la calidad total de su presentación.
- Generalmente la participación del auditorio es muy pobre.

Materiales didácticos.

Los materiales didácticos son todo el conjunto de objetos o cosas visuales y audiovisuales que sirven de complemento o ayuda al educador, valiéndose de diversos conductos sensoriales logra establecer, fijar y relacionar conceptos interpretaciones o apreciaciones exactas sobre un área de trabajo, además; le permite explicar más clara y organizadamente

lo que quiere comunicar. El material didáctico debe escogerse de acuerdo a la técnica educativa, contenido de la exposición, objetivo educativo, número de participantes y el impacto deseado. (Vila, 2009, p.) Y está orientado a facilitar la comprensión del tema a través de los sentidos. (Alcarraz, 2014, p. 32) Además Bernardo C. Señala que la motivación aumenta cuando el material didáctico usado es el apropiado.

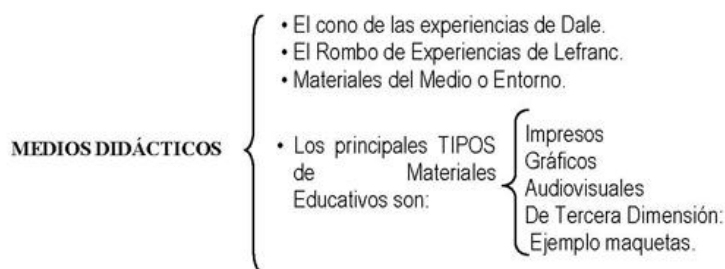


Figura 1: Medios didácticos de Alcarraz Carbajal, B. 2014.

Medios audiovisuales

Son un conjunto de técnicas visuales y auditivas que apoyan la enseñanza, facilitando una mayor y más rápida comprensión e interpretación de las ideas. La eficiencia de los medios audiovisuales en la enseñanza se basa en la percepción a través de los sentidos. (Corrales y Sierras, 2002, pp. 83-84)

Los medios audiovisuales se caracterizan por: (Corrales y Sierras, 2002, pp. 83-84)

- Mostrar realidades lejanas en el tiempo y espacio.
- Integrar movimiento, imagen, color y sonido a las realidades complejas.
- Mantener la atención de los estudiantes.
- Posibilitar procesos de retroalimentación grupal.
- Poderse realizar análisis y comparaciones con la realidad de cada uno, de acuerdo a sus propias experiencias.
- Permitir la interactividad en la clase.
- Poder reutilizarse cuantas veces sea necesario.

- Alterar el tiempo real.
- Aumentar o disminuir el tamaño de los objetos.
- Hacer visible lo invisible.

El material didáctico, dentro de la historia de la educación formal, surge frente a la necesidad de enfocar nuevos conceptos acerca de la educación.

Así, Pestalozzi fundó su teoría del material didáctico en base a tres elementos: El número, la forma y la palabra e introdujo en la escuela todo un sistema de material didáctico al cálculo, dibujo, escritura, lenguaje. Más tarde, Harbart estratificó el material didáctico, reduciéndolo a meras representaciones. En la actualidad, la corriente más aceptada es la de considerar al material didáctico como un elemento auxiliar de la educación. Es decir, un elemento no decisivo, sino subsidiario. Sin embargo, el material, didáctico cualquiera fuere su calidad, solo será benéfico cuando las manos expertas del maestro facilita una real comprensión del tema o asunto tratado en la sesión de clase, por parte de los estudiantes. (Alcarraz, 2014, p. 32)

Ventajas

- Ilustran y refuerzan la exposición.
- Ahorran tiempo.
- Aumentan el realismo de lo expuesto.
- Señalan los aspectos más importantes.
- Son eficaces para la retención de información ya que estimulan dos sentidos a la vez.

Variable Dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud bucal

Las teorías con mayor aproximación al campo de la salud a nivel individual y grupal son: (Choque, 2005, pp. 3-6)

Teorías para el cambio individual

El nivel individual es el nivel básico para empezar a desarrollar la práctica ya que en el otro nivel, los grupos, organizaciones y comunidades se componen de individuos.

Teoría de etapas o estados del cambio, esta teoría (Di Clemente, Prochaska) esta relacionada con la capacidad del cambio o su intento, de las personas, orientado a comportamientos saludables entendiendolo como un proceso y no un acto único. En este proceso se consideran las etapas de precontemplacion, contemplacion, decisión/determinación, acción y mantenimiento, lo cual no es lineal sino en círculo de manera que las personas no superan completamente éstas etapas en un solo evento sino entran y salen en alguna de ellas indistintamente y frecuentemente reanudan el proceso. (Choque, 2005)



Figura 2: Teoría de etapas del cambio. Choque, R. 2005.

Teoría de creencias en salud, este modelo (Hochbaum, Rosenstock), se refiere a la percepción de una persona sobre una amenaza a su salud y la valoración de

una actitud necesaria para prevenirla o manejarla. Es útil el modelo para identificar la inacción o incumplimiento estableciendo las razones tenidas por dichas personas. Este modelo muestra claramente su utilidad cuando las personas afectadas generan una motivación de salud lo que constituye el paso central e inicial de todo proceso. (Choque, 2005)



Figura 3: Teoría de creencias en salud. Choque, R. 2005.

Teorías para el cambio grupal

Las teorías para promover el cambio de comportamiento a nivel grupal sirven para comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales, y cómo pueden activarse las comunidades y organizaciones. Estos modelos son esenciales para las actividades integrales de promoción de la salud, complementando los otros modelos individuales. Los modelos para promover cambios de comportamiento a nivel grupal sugieren estrategias e iniciativas que son planeadas y dirigidas por organizaciones e instituciones cuya misión es proteger y mejorar la salud:

escuelas, centros de trabajo, establecimientos de atención de salud, grupos comunitarios y entidades gubernamentales.

Teoría de aprendizaje social o cognoscitiva, la experiencia demuestra también que el aprendizaje se da en un contexto dado, puesto que los padres influyen en el comportamiento de la persona y no solo ellos sino los pares, los amigos, los compañeros de clase, los medios de comunicación, etc. (Choque, 2005)



Figura 4: Teoría del aprendizaje social. Choque, R. 2005.

Teoría de difusión de innovaciones, aborda cómo las ideas, los productos y las prácticas sociales nuevas se difunden en una sociedad o de una sociedad a otra. Esta teoría sirve para comprender las inquietudes de los usuarios en relación a la aplicación de nuevos productos o tecnologías, y también para la difusión de nuevas estrategias y herramientas de promoción. El desafío de la difusión requiere métodos que difieran de los que se concentran únicamente en individuos o grupos pequeños. Comprende prestar atención en la innovación, sea ésta una idea, producto, práctica o tecnología nueva, así como los canales de comunicación y los sistemas sociales (redes con miembros, normas y estructuras

sociales). En esta teoría hay conceptos claves: ventaja relativa de la innovación, compatibilidad, complejidad, posibilidad de ponerla a prueba y posibilidad de observar. (Choque, 2005)



Figura 5: Teoría de difusión de innovaciones. Choque, R. 2005.

Teoría del mercadeo social, es un proceso para desarrollar, realizar, evaluar y controlar programas de cambio de comportamiento mediante la creación y el mantenimiento de intercambios. También se le define como la adopción de tecnologías de mercadotecnia comercial para el análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas destinados a influir en el comportamiento de audiencias destinatarias con el fin de mejorar su bienestar físico y mental o el de la sociedad de la cual forman parte. Con el fin de cambiar el comportamiento del consumidor

es preciso entender lo que impulsa y mantiene el comportamiento actual, así como las “palancas” que podrían impulsar y mantener el nuevo comportamiento. Pero, también se debe comprender lo que impulsa, facilita y mantiene el comportamiento de los potenciales intermediarios, los canales de distribución y comunicación, los competidores reales. (Choque, 2005)



Figura 6: Teoria del mercadeo social. Choque, R. 2005.

Nivel de conocimiento

Vila (2009) mencionó “Es el grado o altura que alcanza el individuo con respecto a una escala determinada del conocimiento” (p.54)

Conocimiento

Santillán (2009) mencionó “Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomado por si solos, poseen menor valor cualitativo” (p. 14). Vila (2009) sostuvo “Es también el estado de quien conoce o sabe algo” (p.54)

Salud

Medina (2016) mencionó que:

La Organización Mundial de la Salud ha definido el término salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1946). El componente bucal, como parte de la salud general, es muy importante para el adecuado crecimiento de niños y niñas durante la primera infancia, puesto que la boca es la primera puerta de entrada de los patógenos y la primera vía de relación con la madre y su entorno, motivo por el cual es necesario atender oportunamente el proceso salud enfermedad que lo puede afectar. En los países en desarrollo, la salud bucal es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud. (p. 4)

Salud Bucal.

OMS (2017) mencionó que:

La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial (p.1)

Santillán (2009) mencionó que:

La Salud Bucal es un componente fundamental de la salud; definir este concepto es muy difícil puesto que la salud es una expresión de la vida por tanto involucra complejos procesos donde se conjugan aspectos biológicos, sociales, históricos, de género, tecnológicos, económicos y culturales, así como el sistema de valores, los subjetivos e individuales. Actualmente la salud bucal se considera una parte integral del complejo cráneo-facial que participa en funciones vitales como la alimentación, la comunicación, el afecto y la sexualidad. (p. 18)

OMS (2002) mencionó que:

La salud bucal, es esencial para tener una buena calidad de vida. La OMS la integra en todos sus programas de salud general a nivel comunitario y nacional, reorientando sus esfuerzos desde mediados del 2002 especialmente hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, desarrollando áreas prioritarias en salud bucal mediante actividades que concuerden con las políticas globales de la organización. (p.1)

Albert, Blanco, Otero, Afre y Martínez (2007) mencionaron “En la atención primaria de salud se desarrollan acciones de prevención, promoción y educación para la salud a todos los individuos que presenten o no enfermedades bucales. Es importante señalar que dichas actividades están encaminadas a detener el avance de las enfermedades que tienen su asiento en la cavidad bucal o evitar su aparición” (pp. 1-2)

A nivel mundial, la salud bucodental sigue siendo un problema de salud pública y el Perú no es ajeno a tal situación. Dada esta situación, es que se hace necesario formular políticas que estén basadas en datos epidemiológicos reales y orientados a grupos vulnerables, de alto riesgo y que no estén contemplados en los programas gubernamentales de salud bucodental. La información reportada sobre salud bucal en los adolescentes es escasa, tanto a nivel regional como

nacional. Similar situación ocurre con la información reportada con los niveles de conocimientos sobre salud bucal. (Cabrear y Millones, 2015)

Muñoz y Mattos (2015) mencionaron “Las enfermedades de la cavidad oral, además de los determinantes socio-ambientales, están muy relacionadas con la higiene oral y deben ser consideradas como importantes problemas de salud pública debido a su prevalencia e incidencia en todo el mundo” (p. 321)

Dentro de la salud bucal destacaremos 5 dimensiones, las cuales están integradas en el manual de odontología, según Echevarría (1994)

Dimensión caries dental

Nadal (1994) mencionó “La caries es una enfermedad bacteriana por gérmenes acidógenos que desencadenan un proceso destructivo de los tejidos duros dentales” (p. 584)

La historia del conocimiento cariológico se inicia apoyado en dos hechos fundamentales: el aporte científico del microscopio de Van Leeuwenoeck en el siglo XVII, el cual permite el nacimiento y posterior desarrollo de la bacteriología y la postulación de la teoría químico-bacteria, la cual descubre el origen infeccioso de la caries dental. Con la teoría del estudio de investigación de Miller se comprobó que existe una acción acidogénica de bacterias presentes en boca, luego de estar en condiciones expuestas a azúcares, pan y saliva humana, las cuales atacan la estructura del esmalte (Villegas, 1997)

Erling (1963) menciona “Las lesiones cariosas son manifestaciones de una compleja enfermedad que afecta a los tejidos calcificados de los dientes. Es sabido que numerosos factores (incluyendo la saliva) influyen el curso de la enfermedad y que el proceso básico por el cual desarrollan las lesiones es generado por el metabolismo bacteriano en áreas localizadas sobre la superficie externa de los dientes. El ambiente ácido creado por el metabolismo de los carbohidratos favorece la disolución de los tejidos dentales” (p. 1)

Perrone (1997) mencionó “La caries dental es una enfermedad multifactorial asociada a la interrelación de varios factores, imprescindibles para que se inicie la lesión. Dichos factores son el huésped, las bacterias y la dieta.

Posteriormente fue adicionado un nuevo factor: El tiempo, que permitió esclarecer de una forma más precisa la formación de la caries dental” (p. 45)

Herazo (1987) mencionó “La caries dental es una enfermedad dieto-bacteriana. Numerosos mecanismos se han sugerido para que ocurra la caries dental. De acuerdo al concepto más ampliamente aceptado, los microbios específicos presentes en la placa bacteriana, fermentan los carbohidratos dietarios y producen ácidos orgánicos, los cuales desmineralizan al diente y producen caries del esmalte” (p. 87)

En 1990, la OMS, informó que sólo una de cada 10 personas tiene la totalidad de sus dientes sanos y obturados. Actualmente, la OMS estima que 5,000 millones de personas de todo el mundo presentan caries y la mayoría de niños gingivitis y son un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia en países en vías de desarrollo, especialmente las comunidades más pobres. (Santillán, 2009)

Asimismo la OMS define a la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial iniciado después de la erupción dentaria la cual determina el reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hasta la formación de la cavidad (Mendez y Caricote, 2003). La caries comienza con la desmineralización subsuperficial de los dientes, lesión conocida como mancha blanca, y, a partir de ahí episodios sucesivos de desmineralización pueden llevar al desarrollo de la lesión establecida como caries dental. (Rioboo, 2005)

Según el Ministerio de Salud del Perú en el año 2008 el índice de caries a los 12 años de edad es de aproximadamente 5.86, lo que muestra que nuestro país no sólo tiene la prevalencia y tendencia más elevada de América, sino que la presencia de las caries dentales va incrementándose conforme aumenta la edad. (Carranza, 2011)

En otros estudios, la aparición de caries dental está asociada al alto consumo de azúcares, mientras otros autores lo relacionan a indicadores de malnutrición. (Rojas y Pachas, 2010). Las enfermedades orales que más afectan a las sociedades con menos recursos son la caries dental y la enfermedad periodontal, los cuales permanecen como problema de salud crónico que comienza

frecuentemente durante la niñez y se prolonga hasta la vida adulta. (Navas et al, 2002)

Dimensión dieta no cariogénica

Sin duda alguna la alimentación desempeña un papel esencial en la formación y el desarrollo de la caries dental, cuando nos referimos a su acción local, es decir, cuando actúa implicándose en el metabolismo de la placa bacteriana y, más específicamente, en su capacidad de formar ácidos. Los estudios epidemiológicos muestran una relación significativa entre el consumo de azúcar per cápita en un país y la prevalencia de caries en los niños de 12 años. Y la auténtica diferencia entre dieta cariogénica y no cariogénica es, junto a la composición química de los hidratos de carbono, su consistencia, siendo relevante la frecuencia de su consumo, pero no la cantidad de azúcar consumida. (Rioboo, 2005)

La dieta y nutrición adecuada, consiste en ingerir alimentos que produzcan una acción benéfica, integral, en el organismo y evitar el abuso en el consumo de aquellos que producen o favorecen algunas enfermedades. Una alimentación con una fuente adecuada de proteínas permite el crecimiento normal y la conservación de todo ser vivo ya que éstas son los constituyentes principales de los tejidos activos del organismo. Herazo, 1987)

Con respecto a los nutrientes básicos tenemos:(Herazo, 1987, pp. 82-85)

- Los carbohidratos, fuente principal de energía como sacarosa, almidón, etc.
- Las grasas, representan una forma de reserva calórica en la nutrición humana.
- Las proteínas, son componentes fundamentales del músculo, hueso, cartílago, piel, otros tejidos y líquidos del organismo.
- Las vitaminas, fundamentales para algunas funciones orgánicas específicas y se encuentran en pequeñísimas cantidades dentro de los alimentos. Vitamina A mantiene la función de las células epiteliales, piel,

huesos, mucosas, etc. Vitamina D favorece la absorción y utilización del calcio y fosforo en la osteogénesis.

■ Minerales esenciales, constituyen una porción pequeña de los tejidos corporales. Suelen clasificarse en macronutrientes (calcio, fosforo, potasio, azufre, cloro, sodio y magnesio) y micronutrientes (hierro, yodo, flúor, zinc, cobre, selenio, cobalto, magnesio, estaño, níquel, etc.) El flúor da resistencia contra la caries dental.

Durante el desarrollo de los dientes, la calidad nutritiva y composición química de los alimentos ingeridos son de gran importancia. Las deficiencias en proteínas y minerales resultarán en dientes de estructura hipoplástica lo cual contribuirá a incrementar la susceptibilidad a la caries. Cantidades excesivas de algunos compuestos como los fluoruros, o de ciertos medicamentos como la tetraciclina, también pueden causar hipoplasia y aumento de la susceptibilidad a la caries. Después de la erupción dental, el valor nutritivo de los alimentos es de menor importancia en relación a la caries, mientras tanto, la composición química de los alimentos ingeridos y retenidos en contacto con los dientes juega un rol primario. Repetidamente ha sido demostrado que el contenido de sacarosa y la forma en que esta azúcar es ingerida son consideraciones importantes en la etiología de la enfermedad. Por otro lado, las proteínas y grasa de la dieta parecen inhibir el desarrollo de las caries dentales. Similarmente, el uso de fosfatos en la dieta se vislumbra como un posible agente cariostático. (Erling, 1963)

Aunque la caries dental es poco afectada por los estados nutricionales, su actividad está directamente relacionada con factores dietéticos. Dicho de otra manera y de acuerdo con las definiciones acordadas, se puede decir que los nutrientes absorbidos del intestino y participando en los procesos metabólicos no son importantes, mientras que la dieta, es decir, todos los alimentos que entran en la boca, tiene una relación causal directa con la caries. Por lo tanto, el cambio a una dieta caries-segura debe reducir actividad de la caries. (Bibby, 1990)

Henostroza (2005) mencionó “El aporte de la dieta al desarrollo de la caries constituye un aspecto de capital importancia, puesto que los nutrientes

indispensables para el metabolismo de los microorganismos provienen de los alimentos” (p. 21)

La naturaleza de la dieta juega un papel en la modificación de la cantidad de microorganismos de la placa y de su actividad metabólica, lo cual significa que la dieta puede alterar el potencial patogénico de la placa. Por ejemplo la fermentación de los carbohidratos dietarios por la placa bacteriana resulta en la producción de un ácido orgánico, el cual se adhiere al diente el tiempo suficiente para causar su desmineralización. (Herazo, 1987)

Existen algunos factores que coadyuvan la cariogenicidad en la placa dental, la cual se forma alrededor de las piezas dentarias, pues entre ellas están: la localización (superficies lisas, radicales, de fosas y fisuras)

Los carbohidratos son los agentes que más tienen que ver con la etiología de la caries de todos los elementos nutricios, aunque no son los únicos; pero esto no quiere decir que todos los hidratos de carbono tengan el mismo potencial cariogénico. Se ha demostrado que de todos los carbohidratos el más peligroso es el azúcar común o sacarosa. Los monosacáridos glucosa y fructosa y el disacárido lactosa son menos cariogénicos pero a su vez lo son más que los almidones. (Herazo, 1987)

Los alimentos sólidos y retentivos son más cariogénicos y los líquidos que son removidos rápidamente de boca son relativamente inocuos.

Herazo (1997) mencionó “El periodo más crítico para consumir azúcares es entre comidas o antes de acostarse, debido a que la secreción salivar es menor durante este período y las superficies dentales estarán menos protegidas por la menor cantidad de saliva” (pp. 91-92)

Dimensión higiene bucal

Manau (1995) mencionó que:

El cepillado dental es la práctica de higiene oral, más común y entra dentro de las normas higiénicas consideradas socialmente imprescindibles. El objetivo del cepillado de los dientes es eliminar los

restos de alimentos y tinciones de los dientes, así como interferir en la formación de placa bacteriana dentogingival para evitar que resulte patogénico para las encías y los dientes. La eficacia del cepillado dependerá de la calidad y el diseño del cepillo, del método y la frecuencia, del tipo de dentífrico, de la motivación y destreza del individuo. (pp. 64-65)

En adolescentes y adultos es más efectiva y utilizada la técnica de Bass, puesto que asegura la higiene del surco gingival.

El cepillo (Figura 6) se introduce con filamentos inclinados hacia gingival formando 45° con el eje vertical de diente, con suave presión. En el puto (a) observamos introduciendo en el sulcus uno a dos penachos. En el (b) no más de 2mm para acceder a la placa subgingival y movimiento vibratorio durante 15 a 20 segundos por área, moviendo el cepillo en dirección oclusal para limpiar caras vestibulares y linguales.

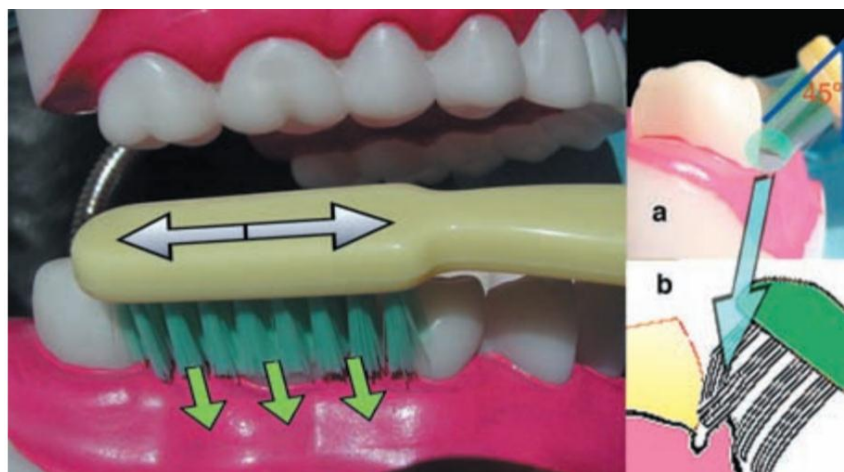


Figura 7: Técnica de Bass

En el caso de los recién nacidos:

Vila (2009) mencionó “La limpieza de la boca del bebé debe iniciarse desde muy temprano, desde que el niño carece de piezas dentarias, para lo cual la limpieza en bebés desdentados debe realizarse con gasa humedecida en agua hervida fría”. (p. 32)

La limpieza en bebés dentados se debe realizar con gasa humedecida en agua oxigenada de 10 volúmenes, diluida a $\frac{1}{4}$ (una parte de agua oxigenada, 3 partes de agua hervida fría) hasta la aparición del primer molar decíduo, en donde la limpieza se hará con el cepillo dental; y empezar a introducir el uso de pasta dental al promediar los 2 años. (Vila, 2009)

La higiene correcta de los dientes ayuda a controlar la placa dental, evitando de este modo otras enfermedades dentales. La limpieza de dientes por medio del cepillado de dientes con un dentífrico tiene efectos benéficos, disminuye la incidencia de caries dental, reduce los olores desagradables de la boca y mejora la apariencia personal. (Herazo, 1997)

Dimensión erupción dental

Canut (1995) mencionó “La erupción constituye un largo proceso por el que el diente migra desde el lugar de formación hasta hacer contacto con el antagonista. Aunque el germen tiene movimientos dentro del hueso, el crecimiento axial o erupción propiamente dicha, se inicia una vez formada la corona. Existe cierta relación entre la morfogénesis y la erupción y ciertas etapas de la formación del diente coinciden con el desplazamiento infra óseo y supra óseo” (p. 1214)

La cronología de erupción de los dientes temporales y permanentes según la Asociación Dental Americana (ADA) 2012 es como sigue:

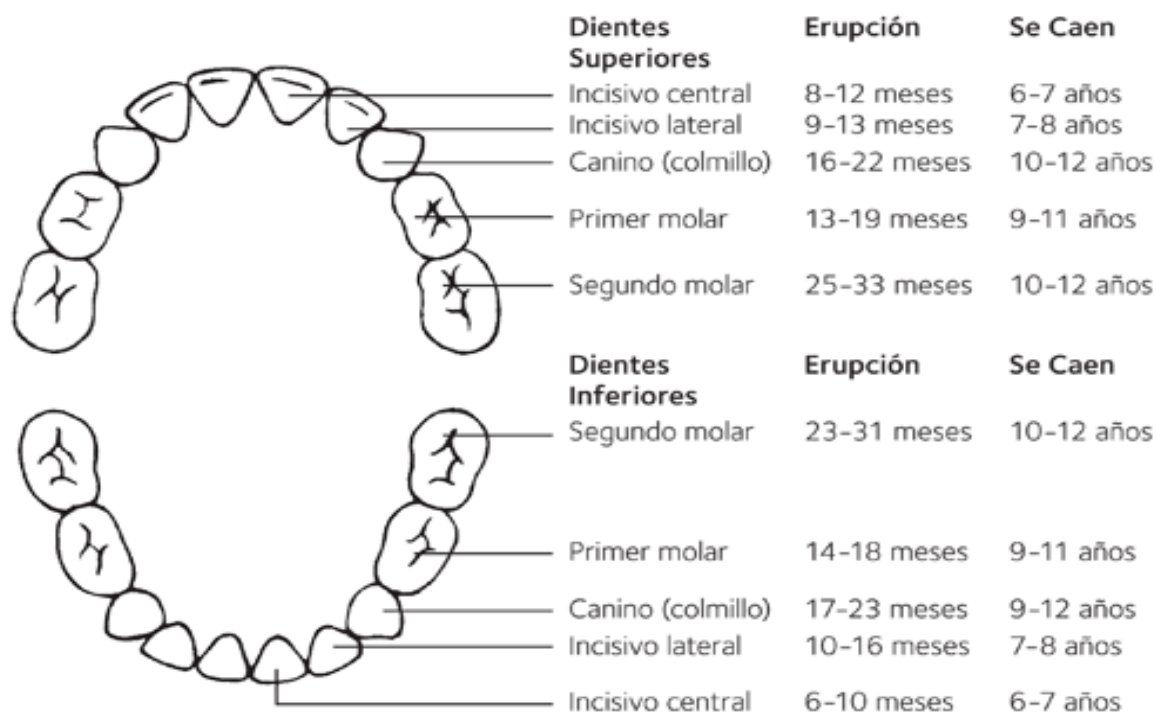


Figura 8: Erupción cronológica de la dentición temporal, según ADA 2012.

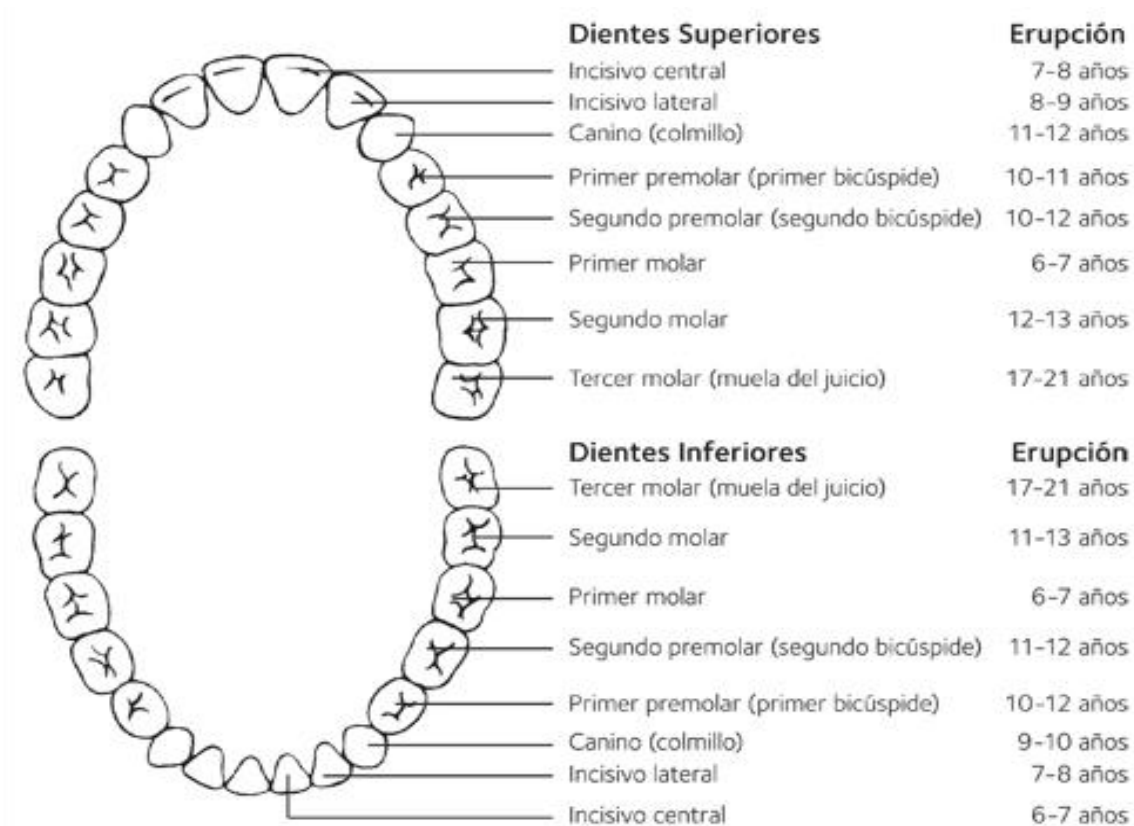


Figura 9: Erupción cronológica de la dentición permanente según ADA 2012.

Dimensión prevención oral

Desde 1984 en que se llevó a cabo la reunión del grupo de trabajo OPS/OMS San José, Costa Rica, se considera a la salud bucal como componente de la atención primaria de salud. Ya hasta ese momento no existía una caracterización precisa del concepto de salud bucal ni de sus componentes metodológicos en los programas de salud, por lo que “se enumeraron las actividades que permitirían sustentar y planificar la atención primaria de salud bucal y los aspectos fundamentales que abarcarían la educación, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación” (Vila, 2009)

Según Vila (2009) la prevención para la salud bucal abarca:

Diagnóstico y educación para la salud

- Diagnóstico de la cavidad bucal (labios, carrillos, paladar, gingiva, dientes, etc.)
- Educación para la salud

Medidas preventivas

- Procedimientos correctos de higiene bucal
- Racionalización de hidratos de carbono
- Control de placa
- Inactivación de caries dental
- Uso de fluoruros
- Uso de sellantes de fosas y fisuras
- Seguimiento (control periódico del paciente)

Estas medidas preventivas proponen como finalidad evitar la aparición o progresión de las enfermedades orales como son la caries dental, enfermedades periodontales, maloclusiones, entre otras; para lograr la salud oral y así contribuir a mantener la salud general del individuo. (Vila, 2009)

1.4 Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017?

Problema específico 1

¿Cuál es el la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la caries dental en los escolares de la I.E.P. John Nash?

Problema específico 2

¿Cuál es el la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la dieta no cariogénica en los escolares de la I.E.P. John Nash?

Problema específico 3

¿Cuál es el la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash?

Problema específico 4

¿Cuál es el la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash?

Problema específico 5

¿Cuál es el la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash?

1.5 Justificación

La intención de la presente investigación es brindar aportes teóricos en el tema de salud bucal y su aplicación para una población escolar, y conocer el nivel de conocimiento sobre salud bucal en el centro educativo a estudiar con el objetivo

de fortalecer dichos conocimientos a través de una educación (técnica) y concientización sobre su salud bucal.

Justificación Teórica

Según Inocente y Pachas (2012) el objetivo de la educación para la salud es ser una guía para el odontólogo, que éste pueda reconocer su importancia y trascendencia en el mejoramiento de la salud de la población y así mismo haga uso de diversas estrategias metodológicas y tópicos con el fin de generar un cambio en la conducta del individuo y la comunidad.

Según Rozo (2002) los profesionales son los encargados, respecto a la educación en salud, de mantenerla y fomentarla y quienes han realizado acciones que obedecen a la iniciativa de algunas instituciones. Casi siempre se han limitado a algunos aspectos informativos o de formación en gestión y, en la mayoría de los casos, ésta ha sido emprendida por razones relacionadas con el aprovechamiento de una demanda espontánea y, por tanto, sin un planeamiento sistemático basado en políticas estatales respecto de la cantidad y calidad de los profesionales requeridos y del contenido a promover.

Esto implica gestionar la relevancia e importancia de la salud bucal de manera regular y accesible a todos los colegios nacionales y particulares del Perú que, como parte de la sociedad y de nuestro sistema de salud, tenemos que afianzarlo, y en la medida que nuestra responsabilidad profesional nos exige canalizar estas enseñanzas como aporte a una cultura universal sobre salud bucal que favorezcan el desarrollo de estilos de vida saludables.

La importancia de esta investigación, es que contribuye a identificar, mejorar y ampliar los conocimientos sobre la salud bucal y por ende los escolares mantengan una buena base para su cuidado personal: una buena higiene bucal, alimentación saludable, atención a la erupción de piezas dentarias, prevención de caries dental y salud oral en general.

Según Rufasto y Saavedra (2012) la importancia de la odontología preventiva y de la promoción de la salud para conseguir una mejora de la calidad de vida es fundamental. Estas acciones tienen como propósito reforzar las

medidas básicas más importantes como la higiene bucal y la eliminación de hábitos nocivos.

En consecuencia, los mejores resultados se obtendrán cuando el alumnado se encuentre sensibilizado e informado para prevenir de manera consciente todo lo que afecta a su salud bucal. Finalmente, permitirá obtener al investigador las herramientas teóricas necesarias para la concientización y promoción de esta técnica audiovisual educativa sobre salud bucal de manera más eficiente.

Justificación Práctica

Esta investigación permitirá beneficiar a los escolares del primer año de educación secundaria, que estudian en la I.E.P. John Nash, determinando el efecto de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal como es la caries dental, de dieta no cariogénica, higiene bucal, erupción dental y prevención oral, estos resultados también permitirán incorporar esta técnica audiovisual educativa dentro de un programa educativo más amplio sobre salud bucal. Con esto quisiera llegar a los escolares de la manera más sencilla para ayudarlos a ampliar sus conocimientos y así generar hábitos saludables; todo esto implica tener los recursos necesarios, la predisposición y apoyo de nuestra entidad pública, con una visión de futuro, un programa esencial básico y ajustado a las características de los diferentes sectores del país.

En la justificación metodológica, se ha empleado un nivel de significancia de 0.05% con un nivel de confianza del 95% para la determinación de las pruebas estadísticas, la confiabilidad se realizó a través de Kuder-Richardson a un total de 23 estudiantes, cuyo resultado fue de 0,785 que se encuentra dentro de un rango con calificación alta. Así como también la validez estuvo dada por un juicio de expertos calificados y reconocidos. Se utilizó un instrumento de recolección de información, el cual permitirá obtener los resultados, su discusión y conclusiones, los cuales generarán las recomendaciones apropiadas. De igual manera, servirá como antecedentes a futuras investigaciones.

Justificación Social

La importancia que el estudio puede implicar para la información, conocimiento, concientización, y hábitos beneficiosos sobre salud bucal, incrementarán la cultura de salud en general y bucal en particular de la población escolar y de sus familias. Esto incidirá en contribuir a disminuir los altos índices de caries dental en nuestro país. Así también aportar elementos que enriquezcan las políticas institucionales educativas en salud bucal que permitirá tomar decisiones en los planos científico- técnico, administrativo y político para mejorar la calidad de salud bucal de la comunidad escolar y general.

1.6 Hipótesis

Hipótesis general

La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Hipótesis específicas

Específicas 1

La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre caries dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Específicas 2

La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Específicas 3

La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Específicas 4

La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Específicas 5

La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

1.7 Objetivos

Objetivo General

Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017

Objetivos Específicos

Específicos 1

Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre caries dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Específicos 2

Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Específicos 3

Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Específicos 4

Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Específicos 5

Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

II. Método

2.1 Diseño de investigación

Este trabajo ha utilizado una metodología deductiva ya que vamos a analizar la variable desde el contexto general para obtener resultados particulares.

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) utilizan la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

El tipo de investigación según Landeau (2007) por su finalidad es básica por obtener nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación. Por su carácter es descriptiva y experimental; porque se basa a través de la observación de métodos descriptivos y es susceptible de manipulación y medición respectivamente. Por su naturaleza es cuantitativa utilizando procedimientos estadísticos. Por su alcance temporal es longitudinal (diacrónica) ya que se da el estudio en los mismos sujetos pero en distintos momentos. Por la orientación que asume está orientada a la comprobación, cuyo objetivo es explicar y predecir los fenómenos, enfatizando la justificación y verificación.

Según Creswell (2009) y Reichardt (2004) denomina a los experimentos como “estudios de intervención, porque un investigador genera una situación para tratar de explicar cómo afecta a quienes participan en ella en comparación con quienes no lo hacen. Es posible experimentar con seres humanos, seres vivos y ciertos objetos” (Hernández et al, 2014, p.129). Según Hernández, Fernández y Baptista, (2014, p.131), mencionó que “la variable dependiente no se manipula, sino que se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella”.

Según Campbell y Stanley (1966), dividen los diseños experimentales en tres clases: a) pre experimentos, b) experimentos “puros” y c) cuasi experimentos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.140)

El diseño de la presente investigación es pre experimental.

Según Hernández et al (2014, p.141), “los pre experimentos se llaman así porque su grado de control es mínimo”.

El tipo es de pre test/pos test con un solo grupo.

El esquema que corresponde a este tipo de diseño es:

GE: O1 X O2

Dónde:

G.E.: El grupo experimental (Escolares del primer año de secundaria de la I.E.P John Nash)

O1: resultado del pre test antes de utilizar la técnica audiovisual educativa

O2: resultados del pos test de utilizar la técnica audiovisual educativa

X: Variable experimental (técnica audiovisual educativa)

A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.132)

2.2 Variables, operacionalización

Variables

“Técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E.P. John Nash, Lima-2017”

Variable independiente: Técnica audiovisual educativa

Es la manera de presentar la materia educativa y el modo de utilizar el material didáctico. (Vila, 2009, p. 54)

Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud bucal

La salud bucodental, fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de

las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial. (OMS, 2017)

Operacionalización de variable

Tabla 2

Operacionalización de variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud bucal

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Niveles o rangos
Nivel de conocimiento sobre salud bucal	Conocimiento sobre caries dental	Concepto	01	sí=1 no=0	Deficiente (00 – 10)
		Origen	02		
		Tiempo	03		
		Tratamiento	04		
	Conocimiento sobre dieta no cariogénica	Alimentación no saludable	05		Regular (11 -13)
		Flúor	06		
		Alimentos cariogénicos	07		
		Tiempo de exposición	08		
	Conocimiento sobre higiene bucal	Frecuencia	09		Bueno (14 – 17)
		Implementos de higiene bucal	10		
		Movimientos	11		
		Higiene al nacer	12		
	Conocimiento sobre erupción dental	Erupción dentición decidua	13		Muy bueno (18 – 20)
		Erupción dentición mixta	14		
		Importancia	15		
		Cantidad	16		
	Conocimiento sobre prevención oral	Frecuencia	17		Muy bueno (18 – 20)
		Necesidad	18		
		Prevención	19		
		Flúor	20		

2.3 Población y muestra

Según Hernández et al (2014) “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p.174).

La población estuvo constituida por los alumnos del 1er grado de educación secundaria de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

El universo de población en estudio es de 100 escolares, motivo por el cual, no se consideró una muestra.

2.3.1 Criterios de inclusión.

Todos los escolares que cursan el primer grado de educación secundaria de la I.E.P. John Nash.

2.3.2 Criterios de exclusión.

Todos los escolares que cursan otros grado de educación secundaria que no sea el primer año de la I.E.P. John Nash.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas de recolección de datos.

Para la presente investigación, se utilizó como técnica, la aplicación de encuestas dirigidas a los escolares del primer año de educación secundaria de la I.E.P. John Nash, la cual sirvió para recoger información previa a la técnica audiovisual educativa respecto a la variable de estudio y a su vez sus dimensiones. Posteriormente al término de aplicar la técnica audiovisual educativa, se aplicó nuevamente la misma encuesta. Para proceder con las encuestas se utilizó un instrumento, el cuestionario, elaborado por el autor de la investigación, después de haber realizado las revisiones bibliográficas exhaustivas.

Instrumentos de recolección de datos.

Como instrumento de recolección de datos se empleó un cuestionario estructurado de 20 preguntas, siendo los medios útiles y eficaces para recoger información en un tiempo relativamente breve. El cual fue utilizado tanto en el pre test y luego en el post test.

“Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis” (Hernández et al., 2010, p. 217).

Instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre salud bucal:

Ficha técnica del instrumento

Nombre original : Técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E.P John Nash, Lima-2017

Autor : Br. Miranda Sicha Maximina Azucena

Lugar	: Comas
Objetivo	: Determinar el nivel de conocimiento sobre salud bucal
Administración	: Individual y/o colectivo
Tiempo de duración:	10 min.
Significación	: Para los cálculos estadísticos se ha utilizado un nivel de significación de 0.05.
Estructura	: Consta de 20 ítems, con alternativas de respuesta de opción múltiple y cada ítem está estructurado con cuatro alternativas de respuestas. Teniendo una sola respuesta verdadera, motivo por el cual sólo habrá dos opciones de respuesta: conoce (1) y no conoce (0).

Validez.

En la presente investigación, la validez se refiere al grado en que un instrumento realmente mide a la variable de estudio. En este caso la validez del instrumento se determinó mediante:

Validez Interna

El instrumento fue construido en base a conceptos teóricos, luego se establecieron dimensiones, indicadores e ítems, así como el sistema de evaluación en base al objetivo de investigación, logrando medir lo que se tenía planificado en la investigación.

Opinión de expertos

En este caso la validez del instrumento se determinó mediante la valoración de diferentes personalidades, todos ellos investigadores con sus respectivos grados académicos como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3
Validez del instrumento de recolección de datos

Expertos	Nombres y Apellidos	Opinión
1	Mg. Yliana Amanda Ausejo Pérez	Aplicable
2	Mg. Gustavo A. Martínez Salinas	Aplicable
3	Dr. Ivan Barreto Bardales	Aplicable

Confiabilidad.

La confiabilidad se realizó a través de Kuder-Richardson a un total de 23 estudiantes, cuyo resultado fue de 0,785 como se muestra en las siguientes tablas.

$$KR-20 = \frac{K}{(K - 1)} * \frac{St^2 - \sum p.q}{(St^2)}$$

Donde:

- K = Es el número de ítem del cuestionario.
- p = Es la cantidad de personas que responden afirmativamente a cada ítem.
- q = Es la cantidad de personas que responden negativamente a cada ítem.
- St² = Varianza total del instrumento.

2.5 Método de análisis de datos

En la investigación se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS 22 y el programa Excell 2013. Los datos fueron tabulados y presentados en tablas y gráficos de acuerdo a la variable y sus dimensiones. Para la determinación de las pruebas estadísticas se ha empleado un nivel de significancia de 0.05 con un nivel de confianza del 95%. Para realizar el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva, los datos que no tenían distribución normal se procesaron con la prueba no paramétrica de Wilcoxon, para la comparación antes y después.

Para analizar la variable dependiente se aplicará la estadística descriptiva, considerando los siguientes rangos, según el Ministerio de educación (2012):

- Muy bueno=18-20 (AD)
- Bueno =14-17 (A)
- Regular =11-13 (B)
- Malo =00-10 (C)

2.6 Aspectos éticos

Para realizar el trabajo de investigación, se ha cumplido con honestidad y transparencia la obtención de datos, tanto a nivel de encuestas como de entrevistas, por lo tanto se ha cuidado la parte ética del investigador adecuándose a la disposición del reglamento, en otras palabras no se ha forzado ningún dato, todo es absolutamente real.

El enfoque de la investigación es original, y para el uso de citas bibliográficas se ha considerado los parámetros establecidos por la comunidad científica.

III. Resultados

3.1 Resultados estadísticos descriptivos

Variable dependiente: nivel de conocimientos sobre salud bucal.

Tabla 4

Distribución y resultados del nivel de conocimiento, frecuencia, porcentaje y diferencias encontradas en un pre test y post test de la población escolar.

Nivel	Pretest		Postest		Diferencia	Agrupación	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%		Pretest	Postest
Deficiente (00-10)	85	85.00%	3	3.00%	-82	97.00%	9.00%
Regular (11-13)	12	12.00%	6	6.00%	-6		
Bueno (14-17)	1	1.00%	41	41.00%	40	3.00%	91.00%
Muy bueno (18-20)	2	2.00%	50	50.00%	48		
Total	100	100.00%	100	100.00%	0		

En la Tabla 4 y Figura 10, se observa que un 85% de la población el nivel de conocimientos generales fue deficiente, seguido de un 12% con nivel regular, un 2% con nivel bueno y 0% con un nivel muy bueno. Esto configura un porcentaje de 97% para los resultados de niveles deficiente y regular en el pre test mientras que en el post test es de 9%. Para los resultados de los niveles bueno y muy bueno en el pre test es de 3% y en el post test de 91%.

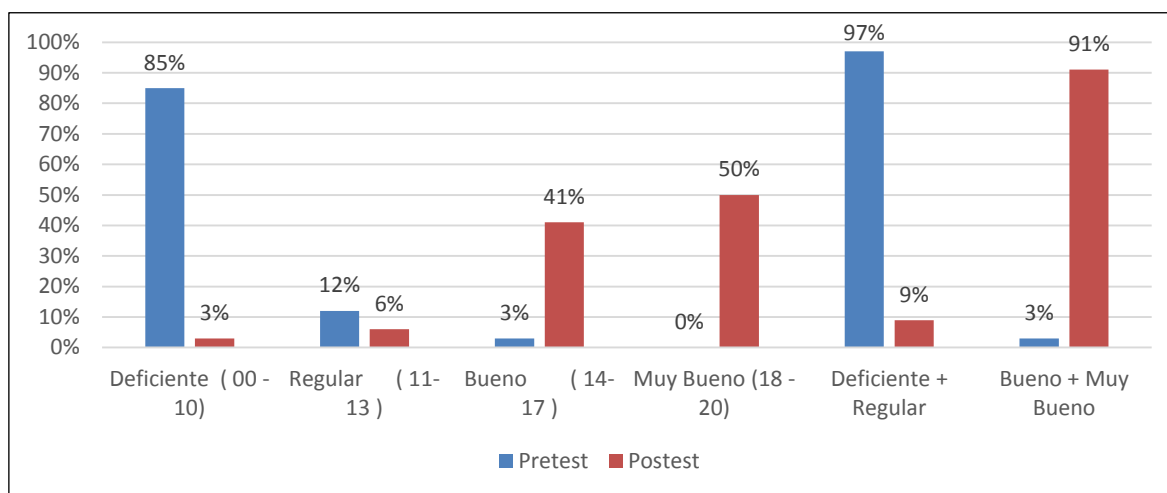


Figura 10: Nivel de conocimiento, porcentaje y diferencias en un pre test y post test de la población escolar estudiada

Tabla 5

Distribución y resultados en la dimensión caries dental, frecuencia, porcentaje y diferencias de la población escolar en un pre test y post test

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P1	19%	50%	31%
P2	11%	96%	85%
P3	07%	92%	85%
P4	49%	70%	21%
Promedio	22%	77%	56%

En la Tabla 5 y Figura 11 según se observa en la dimensión caries dental de las respuestas correctas, se encontró que en el pre test con respecto al post test, la pregunta 1 aumentó del 19% al 50% dando una diferencia del 31%. Con respecto a la pregunta 2 aumentó del 11% al 96% con una diferencia del 85%. En relación a la pregunta 3 aumentó del 7% al 92% con una diferencia del 85%. Finalmente respecto a la pregunta 4 también hubo un incremento del 49% al 70% con una diferencia del 21%. Teniendo en cuenta los promedios resultantes del pre test y post test de esta dimensión se observa los porcentajes 21.50% y 77.00% respectivamente y la diferencia entre ambos del 55.50%.

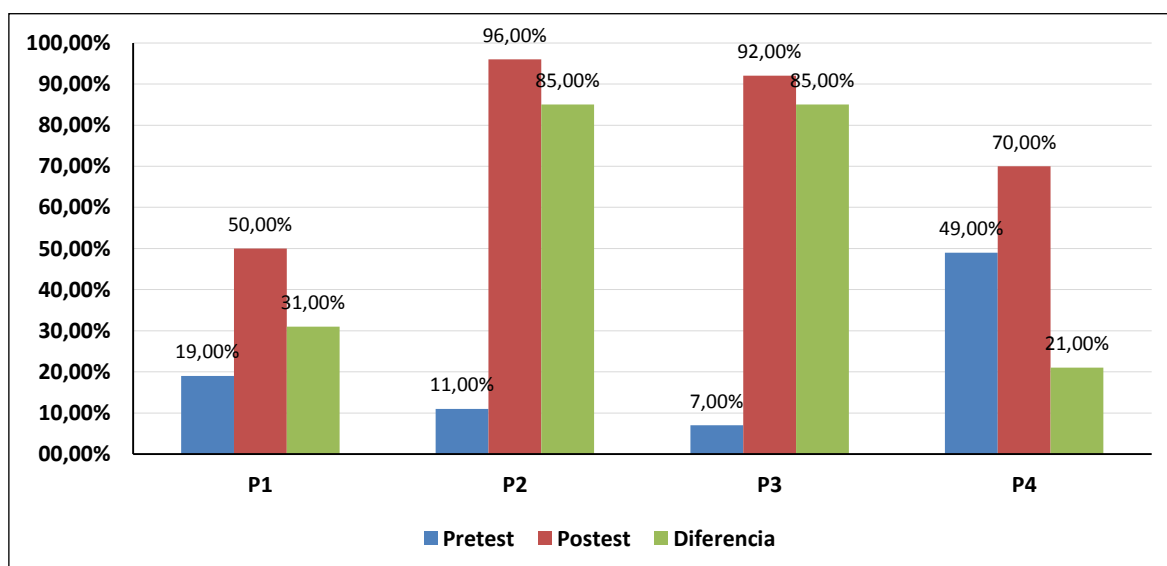


Figura 11: Dimensión caries dental porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y post test

Tabla 6

Distribución y resultados en la dimensión dieta no cariogénica, frecuencia, porcentaje y diferencias de la población escolar en un pre test y post test

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P5	59%	55%	-04%
P6	09%	96%	87%
P7	62%	79%	17%
P8	94%	99%	05%
Promedio	56%	82%	26%

En la Tabla 6 y Figura 12 según observa en la dimensión dieta no cariogénica de las respuestas correctas, se encontró que en el pre test con respecto al post test, la pregunta 5 disminuyó del 59% al 55% dando una diferencia del 4%. Con respecto a la pregunta 6 aumentó del 9% al 96% con una diferencia del 87%. En relación a la pregunta 7 aumentó del 62% al 79% con una diferencia del 17%. Finalmente respecto a la pregunta 8 también hubo un incremento del 94% al 99% con una diferencia del 5%. Teniendo en cuenta los promedios resultantes del pre test y post test de esta dimensión se observa los porcentajes 56.00% y 82.25% respectivamente y la diferencia entre ambos del 26.25%.

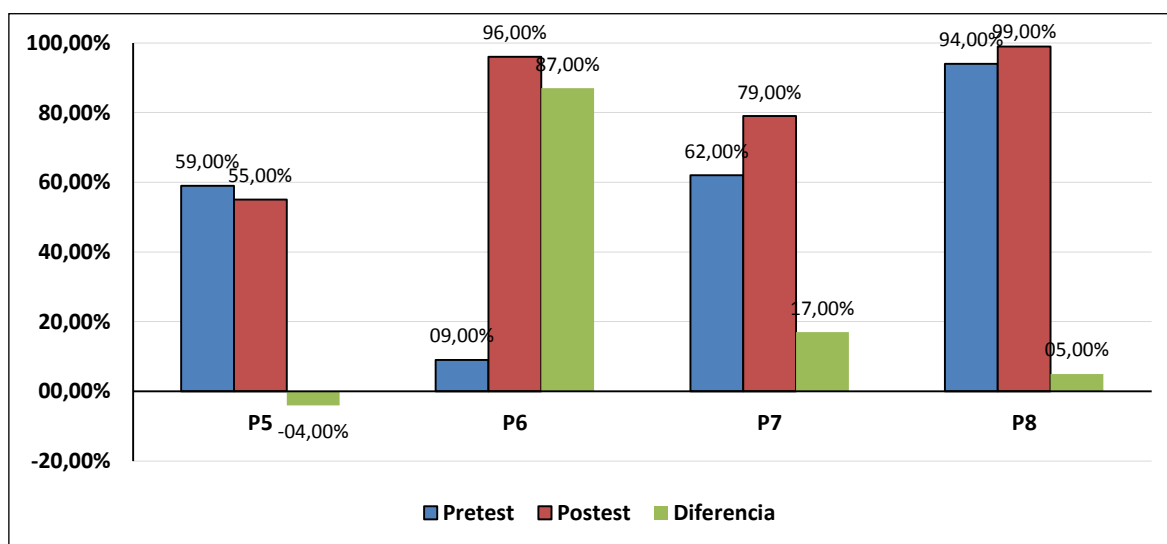


Figura 12: Dimensión dieta no cariogénica porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y post test

Tabla 7

Distribución y resultados en la dimensión higiene bucal frecuencia, porcentaje y diferencias de la población escolar en un pre test y post test

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P9	55%	62%	07%
P10	84%	98%	14%
P11	48%	32%	-16%
P12	34%	86%	52%
Promedio	55%	70%	14%

En la Tabla 7 y Figura 13 según se observa en la dimensión higiene bucal de las respuestas correctas, se encontró que, en el pre test con respecto al post test, la pregunta 9 aumentó del 55% al 62% dando una diferencia del 7%. Con respecto a la pregunta 10 aumentó del 84% al 98% con una diferencia del 14%. En relación a la pregunta 11 disminuyó del 48% al 32% con una diferencia del 16%. Finalmente respecto a la pregunta 12 hubo un incremento del 34% al 86% con una diferencia del 52%. Teniendo en cuenta los promedios resultantes del pre test y post test de esta dimensión se observa los porcentajes 55.25% y 69.50% respectivamente y la diferencia entre ambos del 14.25%.

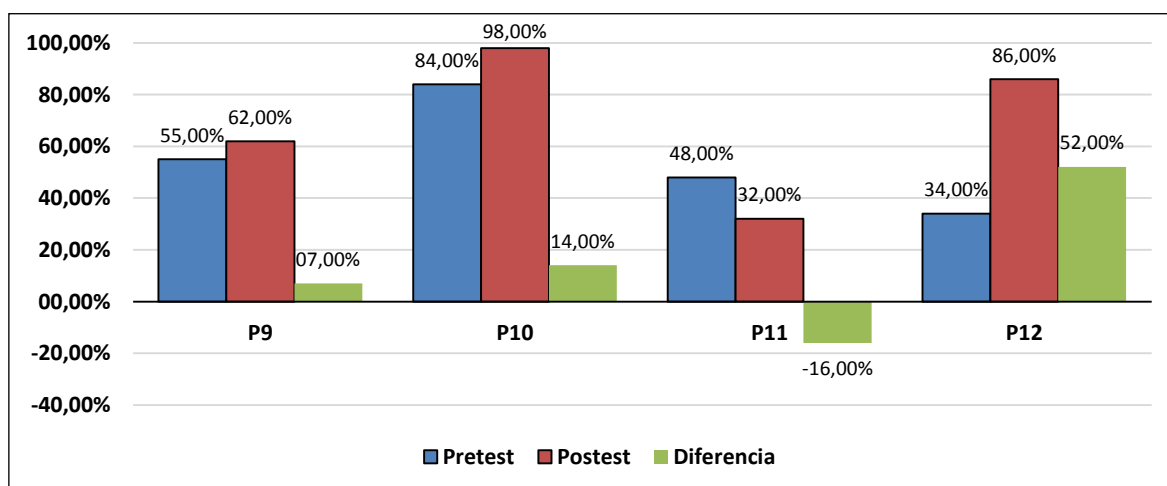


Figura 13: Dimensión higiene bucal porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y post test

Tabla 8

Distribución y resultados en la dimensión erupción dental frecuencia, porcentaje y diferencias dela población escolar en un pre test y post test

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P13	48%	88%	40%
P14	33%	88%	55%
P15	47%	64%	17%
P16	58%	95%	37%
Promedio	47%	84%	37%

En la Tabla 8 y Figura 14 según se observa en la dimensión erupción dental de las respuestas correctas, se encontró que, en el pre test con respecto al post test, la pregunta 13 aumentó del 48% al 88% dando una diferencia del 40%. Con respecto a la pregunta 14 aumentó del 33% al 88% con una diferencia del 55%. En relación a la pregunta 15 aumentó del 47% al 64% con una diferencia del 17%. Finalmente respecto a la pregunta 16 también hubo un incremento del 58% al 95% con una diferencia del 37%. Teniendo en cuenta los promedios resultantes del pre test y post test de esta dimensión se observa los porcentajes 46.50% y 83.75% respectivamente y la diferencia entre ambos del 37.25%.

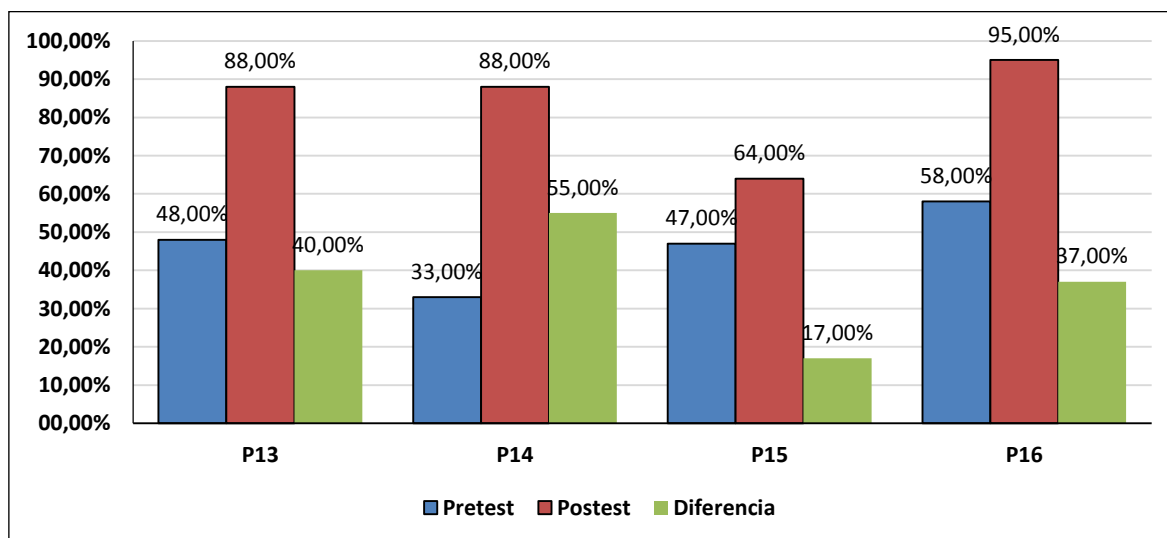


Figura 14: Dimensión erupción dental porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y post test

Tabla 9

Distribución y resultados en la dimensión prevención oral frecuencia, porcentaje y diferencias dela población escolar en un pre test y post test

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P17	25%	83%	58%
P18	98%	95%	-03%
P19	69%	82%	13%
P20	53%	75%	22%
Promedio	61%	84%	23%

En la Tabla 9 y Figura 15 según se observa en la dimensión prevención oral de las respuestas correctas, se encontró que, en el pre test con respecto al post test, la pregunta 17 aumentó del 25% al 83% dando una diferencia del 58%. Con respecto a la pregunta 18 disminuyó del 98% al 95% con una diferencia del 3%. En relación a la pregunta 19 aumentó del 69% al 82% con una diferencia del 13%. Finalmente respecto a la pregunta 16 también hubo un incremento del 53% al 75% con una diferencia del 22%. Teniendo en cuenta los promedios resultantes del pre test y post test de esta dimensión se observa los porcentajes 61.25% y 83.75% respectivamente y la diferencia entre ambos del 22.50%.

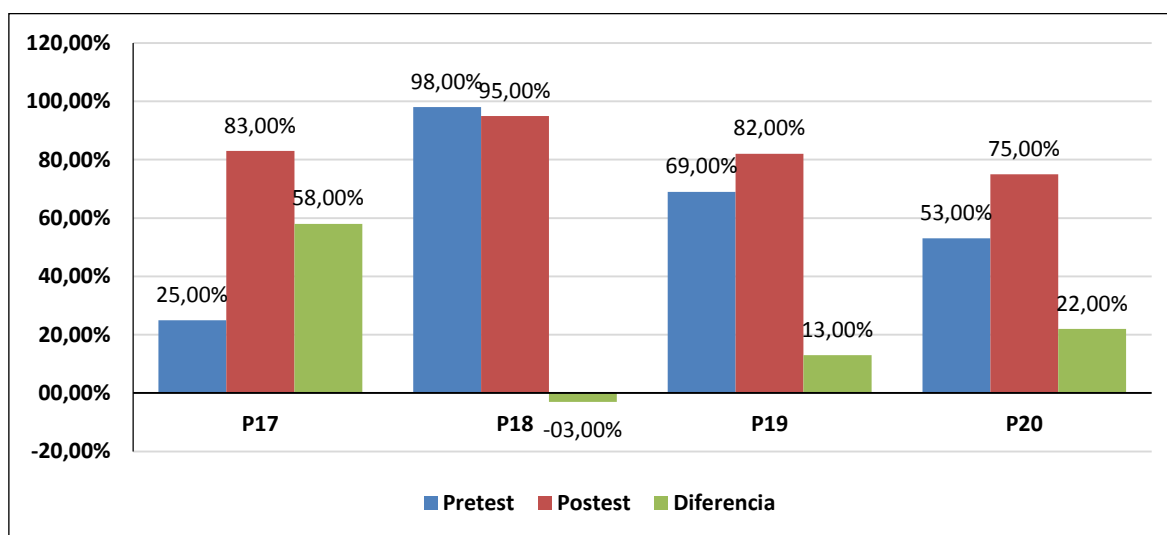


Figura 15: Dimensión prevención oral, porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y post test

Tabla 10

Distribución de promedios y diferencias de respuestas correctas en las 5 dimensiones caries dental, dieta no cariogénica, higiene bucal, erupción dental y prevención oral de la población escolar en el pre test y post test

N°	Dimensiones	Pretest	Posttest	Diferencia
1	Conocimiento sobre caries dental	21.50%	77.00%	55.50%
2	Conocimiento sobre la dieta no cariogénica	56.00%	82.25%	26.25%
3	Conocimiento sobre higiene bucal	55.25%	69.50%	14.25%
4	Conocimiento sobre erupción dental	46.50%	83.75%	37.25%
5	Conocimiento sobre la prevención oral	61.25%	83.75%	22.50%

En la Tabla 10 y Figura 16 se observa que en los promedios de la primera dimensión de respuestas correctas se encuentra un 21.50% en el pre test con un 77.00% en el post test estableciéndose una diferencia de 55.5% entre ambos. Respecto a la segunda dimensión se obtiene un 56% en el pre test con un 82.25% para el post test y una diferencia de 26.25%. En la tercera dimensión encontramos un promedio de 55.25% para el pre test y un 69.50% para el post test, la diferencia es de 14.25%.

En la cuarta dimensión los resultados dan 46.510% para el pre test y 83.75% para el post test dando una diferencia de 37.25%. Por último, para la quinta dimensión se observa un 61.25% para el pre test con un 83.75% para el post test y un 22.50% de diferencia. Las diferencias más amplias entre el pre test y post test se encuentran en la primera dimensión (55.50%) seguida de la cuarta dimensión (37.25%). Las diferencias menos significativas se dan en la tercera dimensión (14.25%) y en la quinta dimensión (22.50%). Se observa que la primera dimensión tiene el promedio de respuestas correctas más bajo (21.50%) del pre test mientras que la quinta dimensión es la que tiene el promedio más alto (61.25%). También se observa que la cuarta y quinta dimensión obtienen el más alto promedio de respuestas correctas en el post test (83.75% para ambos casos) mientras que el promedio más bajo se encuentra en la tercera dimensión (61.25%). Finalmente se observa que en las 5 dimensiones todos los promedios obtenidos en el pre test tienen una correlación positiva en los resultados del post test.

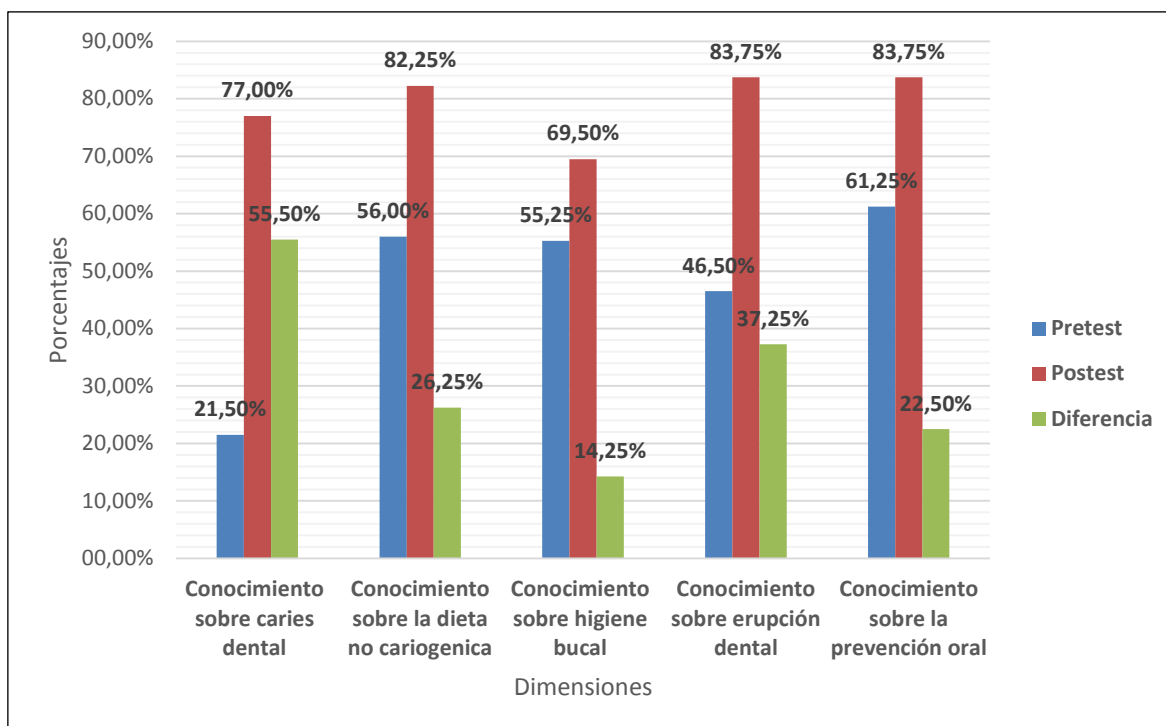


Figura 16: Dimensiones caries dental, dieta no cariogénica, higiene bucal, erupción dental y prevención oral, porcentajes y diferencias de la población escolar en un pre test y post test

Prueba de normalidad

Tabla 11

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		DIF
N		100
Parámetros normales ^{a,b}	Media	-6.70
	Desviación típica	2.254
	Absoluta	.118
Diferencias más extremas	Positiva	.118
	Negativa	-.094
Z de Kolmogorov-Smirnov		1.179
Sig. asintót. (bilateral)		.04

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

En la Tabla 11 se observa las pruebas de normalidad donde se toma los resultados de Kolmogorov Smirnov ya que la muestra es de 100 escolares y de acuerdo a los resultados en el posttest $p = 0.04 < 0.05$ por lo que se realiza la prueba no paramétrica y utiliza el estadístico de la prueba de Wilcoxon.

3.2 Contrastación de hipótesis

Prueba de hipótesis general

H0: La técnica audiovisual educativa no influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

H1: La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si p valor < 0.05 en este caso se rechaza la H0

Si p valor > 0.05 en este caso se acepta la H0

Estadístico de prueba

Tabla 12

Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash.

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de contraste ^a
STpt - Stpre	Rangos negativos	1 ^a	1.5	1.5	Z = -8.699 ^b
	Rangos positivos	99 ^b	50.99	5048.5	
	Empates	0 ^c			
	Total	100			Sig. asintót. (bilateral) = 0,000

Por tanto:

Según los resultados estadísticos, en la Tabla 12, se observan la diferencia de los rangos del post test menos el pre test, y se puede notar que existe un predominio total de los rangos positivos, lo cual indica que las puntuaciones del post test son superiores que las puntuaciones del pre test. Asimismo, cabe indicar que el resultado de $Z_c < Z_t$ ($-8.699 < -1,96$) con tendencia de cola izquierda, cae en la zona de rechazo de la distribución Z, lo que significa rechazar la hipótesis

nula, de otro lado como el grado de significación estadística muestra que $p < \alpha$ ($0,00 < 0,05$) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador, la aplicación de la técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash.

El rango promedio de los rangos positivos es 50.99 y el rango promedio de los rangos negativos es 1.5. La suma de todos los rangos positivos es 5,048.5

$$\text{RANGO} = \text{Nota Maxima} - \text{Nota Mínima}$$

En la Figura 17 se observan diferencias significativas después de aplicar la técnica audiovisual educativa en los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal.

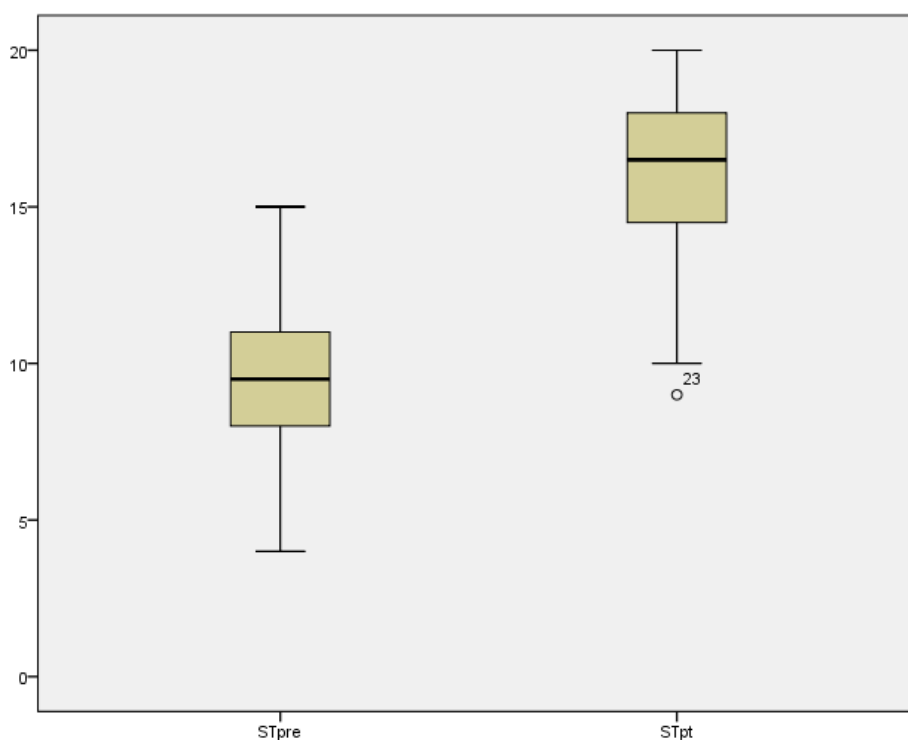


Figura 17. Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre salud bucal antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.

Prueba de hipótesis específicas

H0: La técnica audiovisual educativa no influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre caries dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

H1: La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre caries dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si p valor < 0.05 en este caso se rechaza la H_0

Si p valor > 0.05 en este caso se acepta la H_0

Estadístico de prueba

Tabla 13

Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre caries dental en los escolares de la I.E.P. John Nash.

	N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de contraste ^a
Ptd1 - Pd1	Rangos negativos	0 ^a	.00	Z = -8.607 ^b
	Rangos positivos	96 ^b	4656.00	
	Empates	4 ^c		
	Total	100		Sig. asintót. (bilateral) = 0,000

Por tanto:

Según los resultados estadísticos, en la Tabla 13, se observan la diferencia de los rangos del post test menos el pre test de estos resultados se muestra que después de la aplicación de la técnica audiovisual educativa los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre caries dental no mostró diferencia en ningún escolar cuanto a la puntuación de pre y post test, sin embargo, a 96 escolares surgió el efecto de la aplicación de la técnica audiovisual educativa y en 4 escolares la puntuación del pre es igual a la del post test. Para la contrastación de la hipótesis se asumió el estadístico de Wilcoxon, frente al resultado que tiene $Z_c < Z_t$ ($-8,607 < -1,96$) con tendencia de cola izquierda, lo que significa rechazar la hipótesis nula, así mismo $p < \alpha$ ($0,00 < 0,05$) confirmando la decisión, la aplicación de la técnica audiovisual

educativa influye significativamente al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre caries dental en los escolares de la I.E.P. John Nash.

En la Figura 18 se observan diferencias significativas después de aplicar la técnica audiovisual educativa en los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre caries dental.

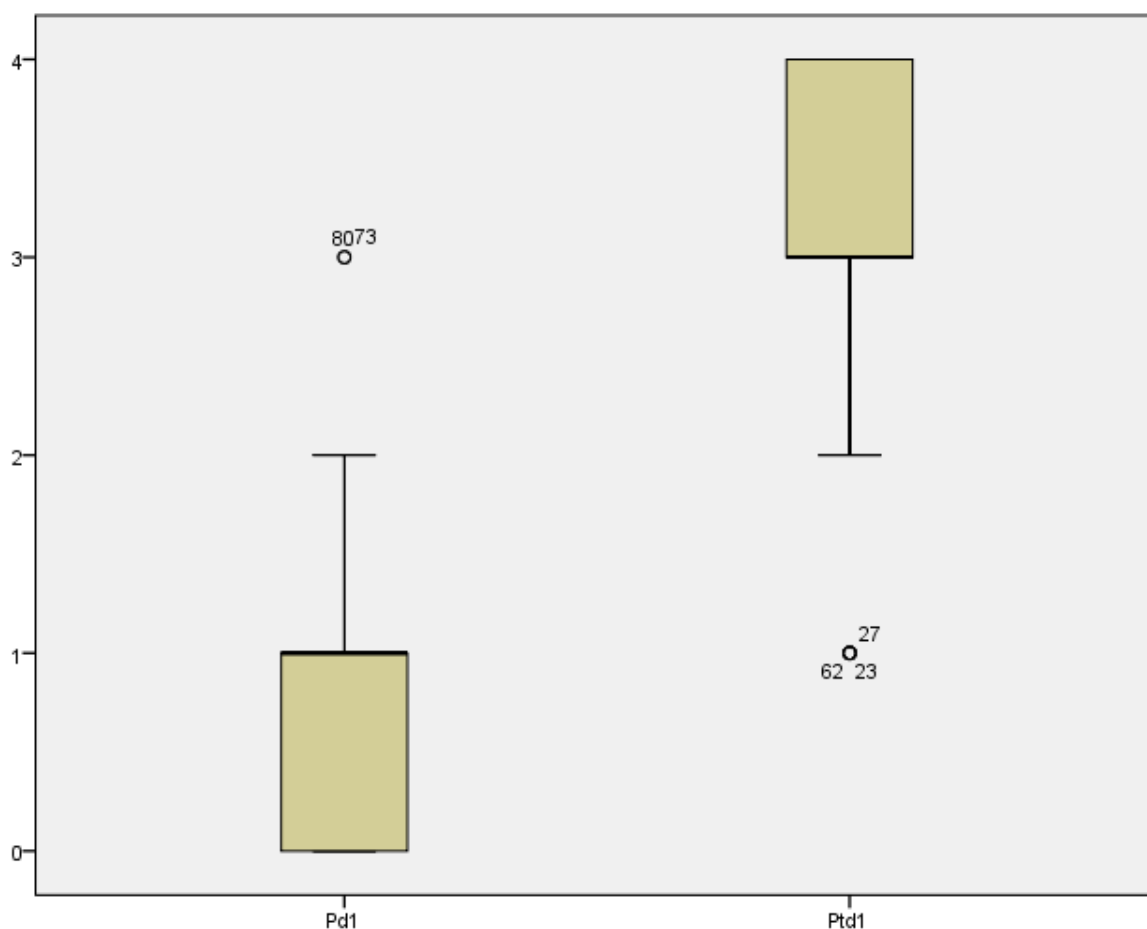


Figura 18. Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre caries dental antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.

Prueba de hipótesis específico 2

H0: La técnica audiovisual educativa no influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

H1: La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si p valor < 0.05 en este caso se rechaza la H_0

Si p valor > 0.05 en este caso se acepta la H_0

Estadístico de prueba

Tabla 14

Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica en los escolares de la I.E.P. John Nash.

	N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de contraste ^a
Ptd2 - Pd2	Rangos negativos	4 ^a	32.63	130.5
	Rangos positivos	75 ^b	40.39	3029.5
	Empates	21 ^c		
	Total	100		
				Sig. asintót. (bilateral) = 0,000

Por tanto:

Según los resultados estadísticos, en la Tabla 14, se observan la diferencia de los rangos del post test menos el pre test de estos resultados se muestra que después de la aplicación de la técnica audiovisual educativa los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica mostró diferencia en 4 escolares cuanto a la puntuación de pre y post test, sin embargo, a 75 escolares surgió el efecto de la aplicación de la técnica audiovisual educativa y en 21 escolares la puntuación del pre es igual a la del post test. Para la contrastación de la hipótesis se asumió el estadístico de Wilcoxon, frente al resultado que tiene $Z_c < Z_t$ ($-7,313 < -1,96$) con tendencia de cola izquierda, lo que significa rechazar la hipótesis nula, así mismo $p < \alpha$ ($0,00 < 0,05$) confirmando la decisión, la aplicación de la técnica audiovisual educativa influye significativamente al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica en los escolares de la I.E.P. John Nash.

En la Figura 19 se observan diferencias significativas después de aplicar la técnica audiovisual educativa en los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica.

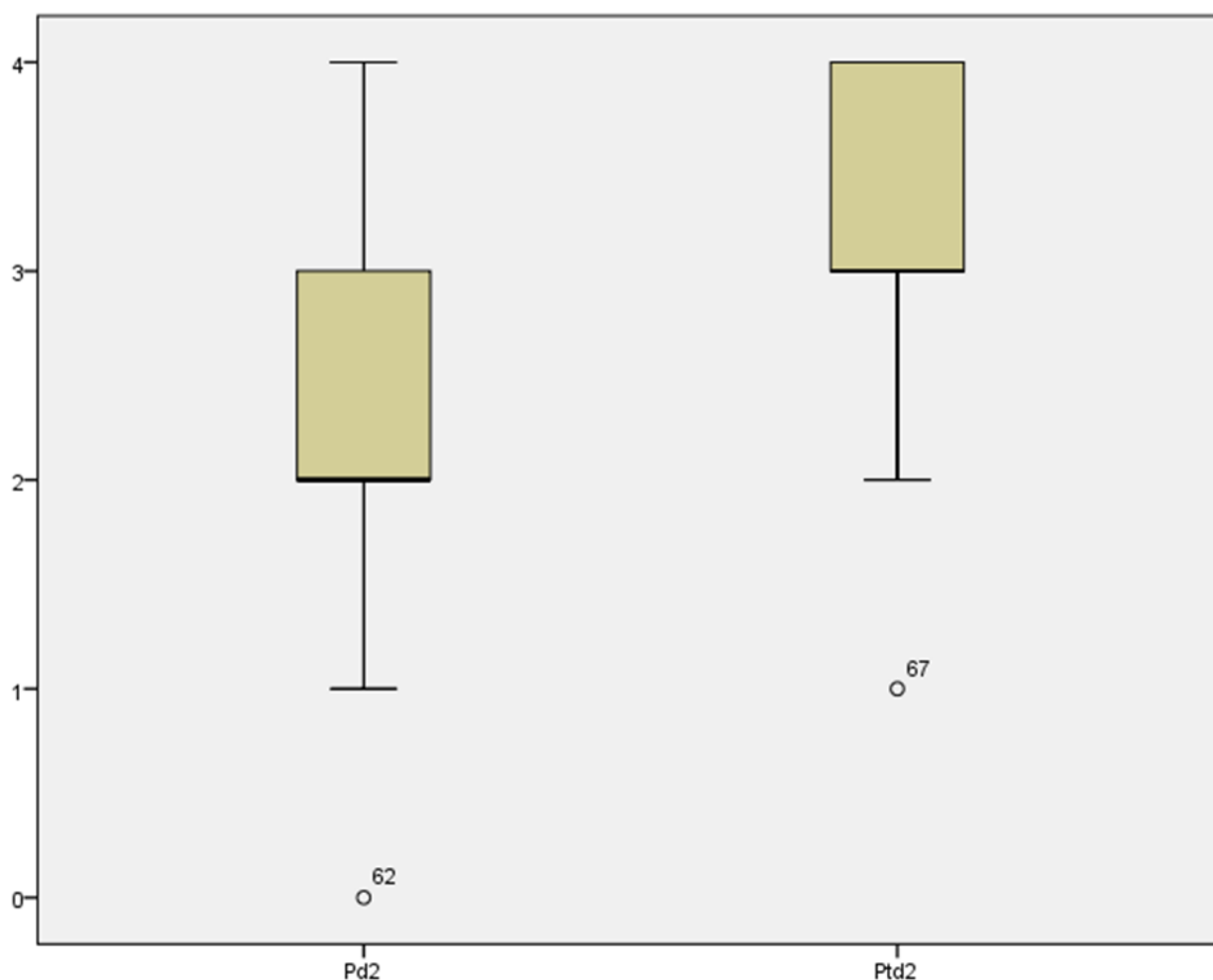


Figura 19. Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.

Prueba de hipótesis específico 3

H0: La técnica audiovisual educativa no influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

H1: La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si p valor < 0.05 en este caso se rechaza la H_0

Si p valor > 0.05 en este caso se acepta la H_0

Estadístico de prueba

Tabla 15

Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash.

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de contraste ^a
Ptd3 - Pd3	Rangos negativos	5 ^a	21.5	107.5	Z = -7.155 ^b
	Rangos positivos	70 ^b	39.18	2742.5	
	Empates	25 ^c			
	Total	100			Sig. asintót. (bilateral) = 0,000

Por tanto:

Según los resultados estadísticos, en la Tabla 15, se observan la diferencia de los rangos del post test menos el pre test de estos resultados se muestra que después de la aplicación de la técnica audiovisual educativa los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre higiene bucal mostró diferencia en 5 escolares cuanto a la puntuación de pre y post test, sin embargo, a 70 escolares surgió el efecto de la aplicación de la técnica audiovisual educativa y en 25 escolares la puntuación del pre es igual a la del post test. Para la contrastación de la hipótesis se asumió el estadístico de Wilcoxon, frente al resultado que tiene $Z_c < Z_t$ (-7,155 < -1,96) con tendencia de cola izquierda, lo que significa rechazar la hipótesis nula, así mismo $p < \alpha$ (0,00 < 0,05) confirmando la decisión, la aplicación de la técnica audiovisual educativa influye significativamente al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash.

En la Figura 20 se observan diferencias significativas después de aplicar la técnica audiovisual educativa en los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre higiene bucal.

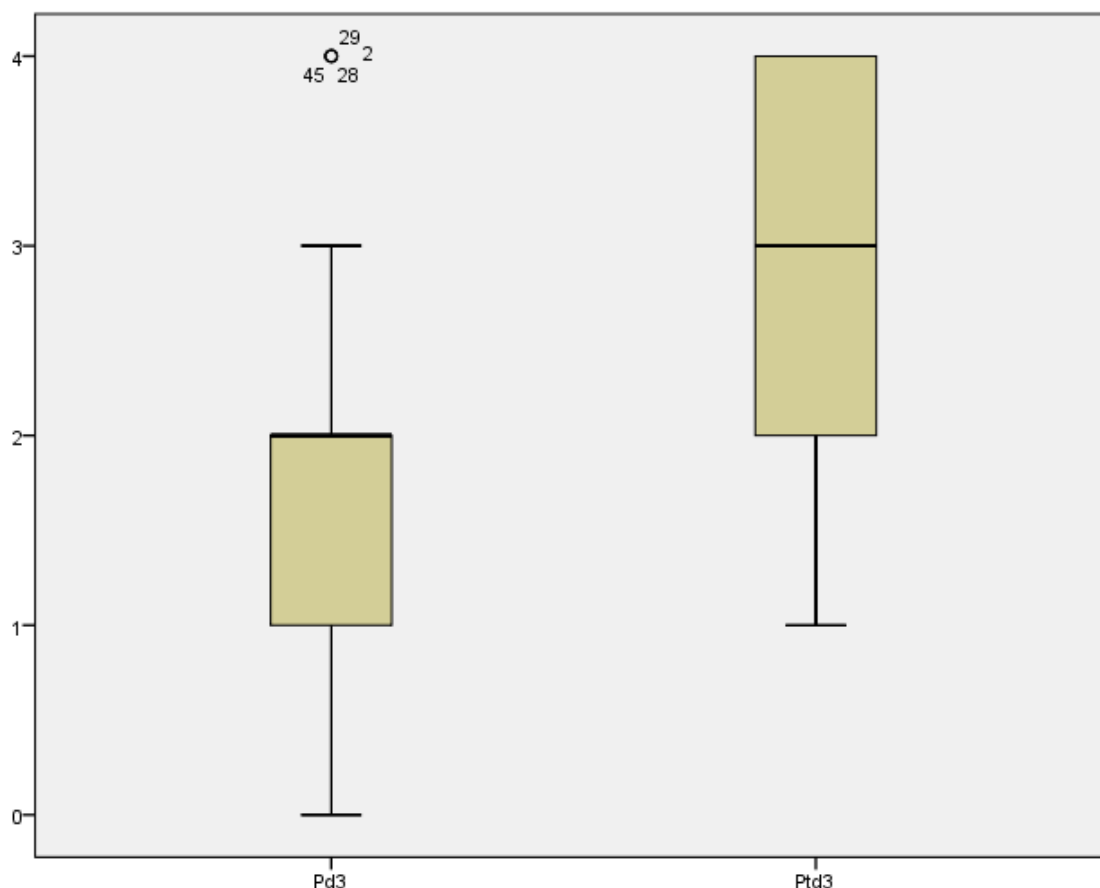


Figura 20: Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre dieta no cariogénica antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.

Prueba de hipótesis específico 4

H0: La técnica audiovisual educativa no influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

H1: La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si $p \text{ valor} < 0.05$ en este caso se rechaza la H0

Si $p \text{ valor} > 0.05$ en este caso se acepta la H0

Estadístico de prueba

Tabla 16

Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash.

	N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de contraste ^a
Ptd4 - Pd4				
Rangos negativos	0 ^a	0	0	
Rangos positivos	83 ^b	42	3486	Z = -8.045 ^b
Empates	17 ^c			
Total	100			Sig. asintót. (bilateral) = 0,000

Por tanto:

Según los resultados estadísticos, en la Tabla 16, se observan la diferencia de los rangos del post test menos el pre test de estos resultados se muestra que después de la aplicación de la técnica audiovisual educativa los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre erupción dental no mostró diferencia en escolares cuanto a la puntuación de pre y post test, sin embargo, a 83 escolares surgió el efecto de la aplicación de la técnica audiovisual educativa y en 17 escolares la puntuación del pre es igual a la del post test. Para la contrastación de la hipótesis se asumió el estadístico de Wilcoxon, frente al resultado que tiene $Z_c < Z_t$ ($-8,045 < -1,96$) con tendencia de cola izquierda, lo que significa rechazar la hipótesis nula, así mismo $p < \alpha$ ($0,00 < 0,05$) confirmando la decisión, la aplicación de la técnica audiovisual educativa influye significativamente al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash.

En la Figura 21 se observan diferencias significativas después de aplicar la técnica audiovisual educativa en los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre erupción dental.

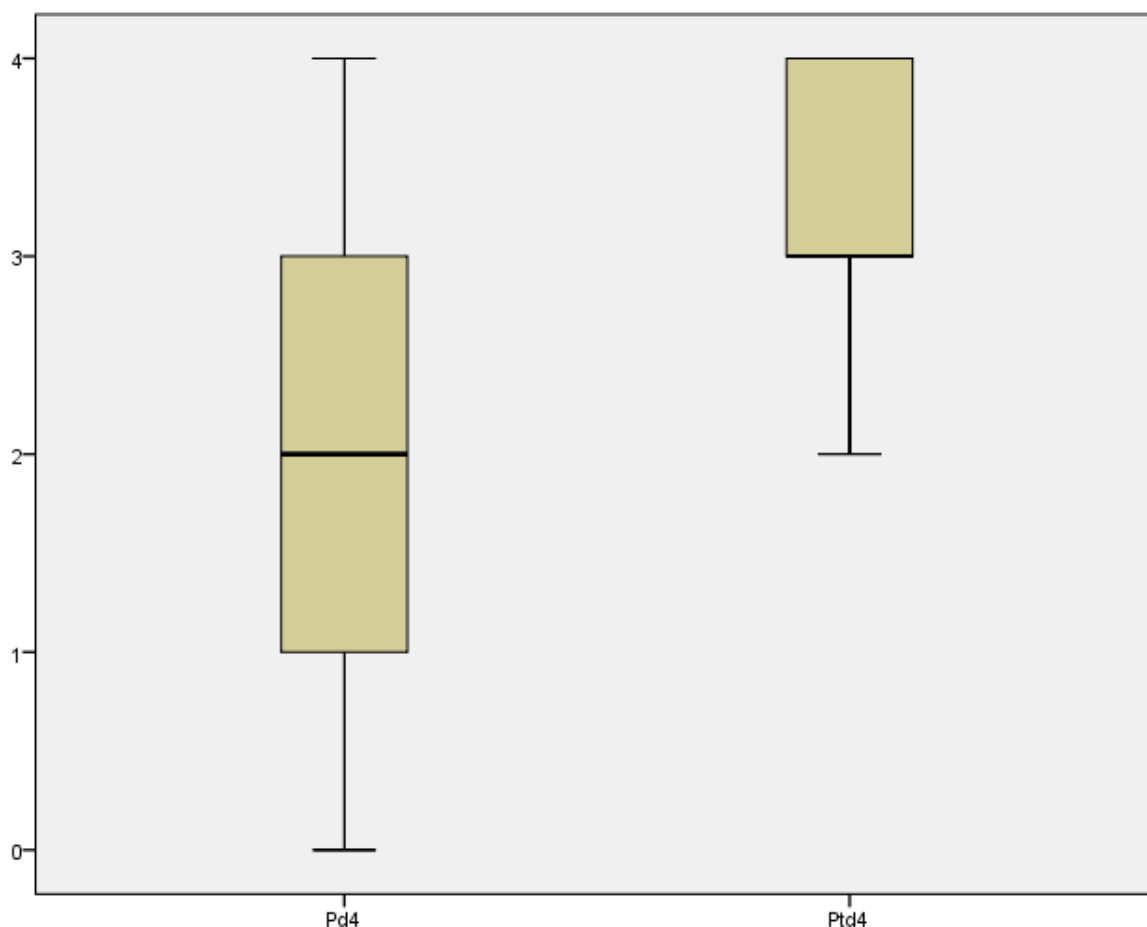


Figura 21. Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre erupción dental antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.

Prueba de hipótesis específico 5

H0: La técnica audiovisual educativa no influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

H1: La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Nivel de significancia = 0.05

Regla de decisión: Si $p \text{ valor} < 0.05$ en este caso se rechaza la H0

Si $p \text{ valor} > 0.05$ en este caso se acepta la H0

Estadístico de prueba

Tabla 17

Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash.

	N	Rango promedio	Suma de rangos	Estadísticos de contraste ^a
Rangos negativos	6 ^a	21.5	129	Z = -6.659 ^b
Rangos positivos	63 ^b	36.29	2286	
Empates	31 ^c			
Ptd5 - Pd5				
Total	100			Sig. asintót. (bilateral) = 0,000

Por tanto:

Según los resultados estadísticos, en la Tabla 17, se observan la diferencia de los rangos del post test menos el pre test de estos resultados se muestra que después de la aplicación de la técnica audiovisual educativa los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral mostró diferencia en 6 escolares cuanto a la puntuación de pre y post test, sin embargo, a 63 escolares surgió el efecto de la aplicación de la técnica audiovisual educativa y en 31 escolares la puntuación del pre es igual a la del post test. Para la contrastación de la hipótesis se asumió el estadístico de Wilcoxon, frente al resultado que tiene $Z_c < Z_t$ ($-6,659 < -1,96$) con tendencia de cola izquierda, lo que significa rechazar la hipótesis nula, así mismo $p < \alpha$ ($0,00 < 0,05$) confirmando la decisión, la aplicación de la técnica audiovisual educativa influye significativamente al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash.

En la Figura 22 se observan diferencias significativas después de aplicar la técnica audiovisual educativa en los escolares de la I.E.P. John Nash respecto al mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral.

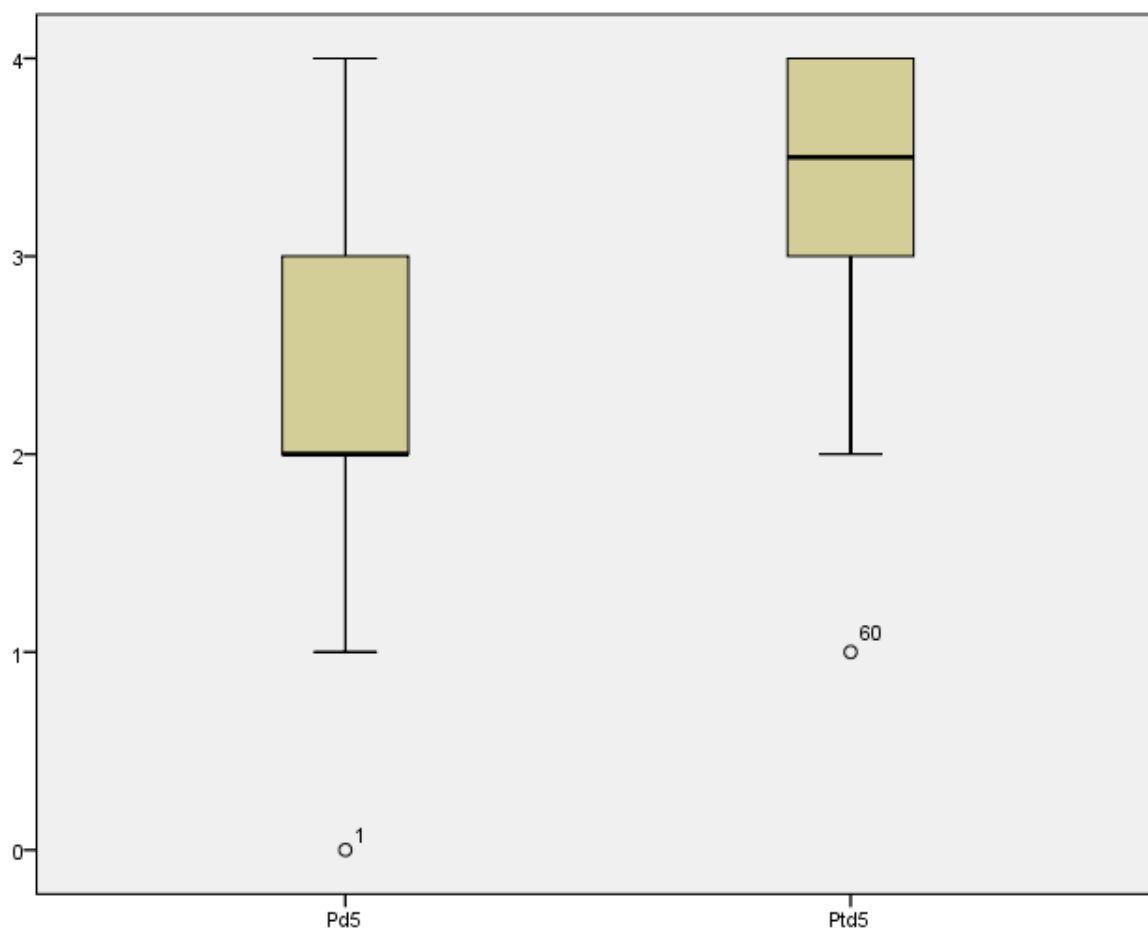


Figura 22. Nivel de comprobación y significación estadística entre el pre test y pos test respecto al nivel de conocimientos sobre prevención oral antes y después de aplicar la técnica audiovisual educativa.

IV. Discusión

Los resultados mostrados en la Tabla 4 sobre nivel de conocimientos generales sobre salud bucal en la población escolar estudiada indican que la técnica audiovisual educativa sobre salud bucal implementada entre el pre test y el post test arroja un resultado sumamente positivo que ha disminuido el nivel de conocimiento deficiente y regular de 97% a un 9% mientras que los resultados bueno y muy bueno se incrementaron desde un 3% a un 91%. Asimismo, en lo encontrado por Rufasto y Saavedra (2012), realizado sobre la base de tres niveles de conocimiento bajo, regular y alto, el nivel de conocimiento bajo después de aplicar el programa educativo disminuye de un 21.3% a un 11.5%, mientras que los resultados con un nivel alto aumentaron desde 0% a un 43.2%. También en el estudio planteado por Quezada y Espinoza (2016) se encontró que de los tres niveles empleados deficiente, regular y bueno, el nivel de conocimiento deficiente disminuyó de un 36% a un 0%, mientras que el nivel bueno aumentó de un 4% a un 72%. Hay que anotar también que el nivel de conocimiento general de la población estudiada y presentada en la Tabla 4, parte de una base muy deficiente y limitada que puede indicar que el conocimiento y la cultura de salud bucal adquirida por la población escolar durante su educación primaria ha sido muy deficiente y poco asimilada. Por otro lado, las preguntas confeccionadas en el cuestionario han sido apropiadas para un nivel de entendimiento de la población escolar estudiada y de allí también sus resultados. También en el estudio planteado por Barreno (2011) logró incrementar el nivel de conocimientos en los escolares a un 80% aplicando un proyecto educativo para promover la higiene buco-dental en escolares ecuatorianos.

Respecto a los resultados en el conocimiento sobre caries dental de la población escolar estudiada mostradas en la Tabla 5, se obtuvo un 21.5% como promedio de respuestas correctas en las 4 preguntas sobre el tema en el pre test y un 77% en el post test lo que representa un incremento del 55.5% luego de la implementación de la técnica audiovisual educativa sobre salud bucal. Este logro significativo tuvo un incremento mayor de un 85% en el conocimiento de “cómo empieza una caries dental” y “cuánto tiempo demora en formarse una caries dental”, mientras que el menor incremento de 21% se observó en relación a “cómo puede ser eliminada una caries dental leve”. Debe mencionarse que

respecto al conocimiento de “qué es una caries dental” solo la mitad de las respuestas fueron correctas, el porcentaje más bajo obtenido en el post test. Asimismo en el estudio planteado por Barreno (2011), se observó que el 49% tienen conocimientos incorrectos, el 40% se abstiene de contestar por lo que se puede deducir que desconoce por completo sobre el concepto de caries dental y solo el 11% tiene un correcto conocimiento sobre el tema. También en el estudio planteado por Rodríguez (2005) en escolares ecuatorianos del séptimo y octavo grado sobre la base de alternativas de acuerdo, en desacuerdo y desconoce se observó que el 78% estaba de acuerdo con que la caries dental es una enfermedad infecciosa producida por bacterias, solo el 2% desconocía y el 20% estaba en desacuerdo; en este estudio el conocimiento sobre caries dental fue positiva respecto a los anteriores estudios mencionados.

En relación al conocimiento sobre dieta no cariogénica de la población escolar estudiada mostrado en la Tabla 6, se obtuvo un 56% como promedio de respuestas correctas en las 4 preguntas sobre el tema en el pre test y un 82% en el post test lo que representa un incremento del 26% y que revela la importancia de la implementación de la técnica audiovisual educativa sobre salud bucal. Este destacable resultado tuvo un incremento mayor diferencial de un 87% en el conocimiento de “en qué alimentos encontramos el flúor”. Se observó aisladamente también una disminución de respuestas correctas del 4% en el conocimiento de “qué alimentos ayudarán en la aparición de caries dental”. Pero, la mayoría de preguntas sobre el tema obtuvieron un alto porcentaje de respuestas correctas en el post test confirmando la relevancia de la técnica audiovisual empleada. En referencia, en el estudio planteado por Barreno (2011), se observó que en relación al conocimiento sobre alimentos que producen caries, el 60% está consciente de los alimentos que producen caries son los caramelos y helados, el 33% piensa que son las verduras y el 4% que son las frutas. Así también en el estudio planteado por López (2015) evidencia que los escolares del séptimo a noveno grado no consideran la dieta un factor para el mantenimiento de la salud bucal, menos aún aquellos alimentos cariogénicos y protectores dándose el mayor porcentaje en alimentos blandos y pegajosos con un 50% para mantener, según los encuestados, una buena salud bucal. En otro estudio

planteado por Rodríguez (2005) en escolares del octavo grado con bases de respuesta mucho, poco y no afecta, respecto a la pregunta sobre una dieta con alto contenido de azúcares ayuda a la aparición de caries, se observó que el 83% respondió correctamente (mucho) lo que implica que el nivel de conocimiento fue muy bueno, asimismo con respecto a los alimentos dulces, blandos y pegajosos contribuyen a la formación de caries, el resultado fue asertivo también con un 83%.

Los resultados observados en la Tabla 7 respecto al conocimiento sobre higiene bucal, la aplicación de la técnica audiovisual sobre salud bucal permitió mover positivamente el promedio de respuestas correctas de las 4 preguntas sobre el tema de un 55.2% a un 69.5% de lo cual el mayor incremento se obtuvo en relación a “la forma de hacer la higiene bucal en bebés que no tienen dientes” mientras que una disminución del 16% se observó en “qué movimientos debemos hacer al cepillarnos los dientes” quizá porque la respuesta correcta implicaba una combinación de diverso tipos de movimientos de cepillado. Aun así, el resto de preguntas tuvieron un alto porcentaje de respuestas correctas en el post test destacando la eficacia de la técnica audiovisual empleada. En relación, con el estudio planteado por Barreno (2011), se observó que el 84% dijo cepillarse los dientes tan solo una vez al día, seguido de un 9% que se cepilla 2 veces al día y un 7% que lo realiza 3 veces al día. En realidad no es una práctica incorrecta pero lo ideal es hacer el cepillado dental después de cada alimento. Por otro lado con respecto al conocimiento sobre el cepillado correcto de los dientes solo un 19% dice conocerlo, el 74% no; con esto se puede deducir que falta más difusión de la correcta técnica de cepillado y que es un hábito de higiene que debe darse en todos los escolares. Por el contrario, con el estudio de Rodríguez (2005) acá sí tuvieron un nivel de conocimiento muy bueno (86%) con respecto al correcto cepillado dental y en base a los resultados de acuerdo, en desacuerdo y desconozco; sobre la higiene bucal que debe iniciarse antes de la aparición de los dientes tuvo un 55% de aciertos en los escolares ecuatorianos del octavo grado obteniendo un nivel de conocimiento aceptable. Además con respecto a que los dientes deben cepillarse después de cada comida obtuvo un nivel de conocimientos muy bueno (86%). En otro estudio planteado por Avalos *et al*

(2015) el nivel de conocimiento general en relación a la calidad de higiene oral en escolares de 9 a 12 años fue de bueno (22.4%), malo (5.3) y teniendo en la población mayoritaria en un nivel regular del 72.4%.

Los resultados sobre erupción dental en la Tabla 8, muestran que la técnica audiovisual sobre salud bucal presentada permitió incrementar el promedio de respuestas correctas obtenido de las 4 preguntas pertinentes desde un 46.5% en el pre test a un 83.7% en el post test. De estos resultados todas las preguntas tuvieron destacados incrementos de porcentajes en el post test que muestra el amplio campo de mejora en el campo del conocimiento de la salud bucal que se puede conseguir en la población escolar estudiada. También en el estudio planteado por Rodríguez (2005) en escolares del octavo grado sobre la base de alternativas de acuerdo, en desacuerdo y desconozco, con respecto a que la primera pieza dentaria permanente en salir es la primera molar alrededor de los 6 años de edad, fue de un 54% de acuerdo, seguido de un 26% en desacuerdo y un 20% que desconoce; en esta pregunta el nivel de conocimientos fue aceptable.

En atención a los resultados de conocimientos en prevención oral, presentados en la tabla 9, en la población escolar estudiada a través de la técnica audiovisual sobre salud bucal empleada, se encontró en el pre test que el promedio de las respuestas correctas a las 4 preguntas dadas alcanzó un porcentaje de 61,2% el que se incrementó en el post test hasta un 83.7% mostrando la importancia de la técnica audiovisual empleada para lograr esta diferencia favorable de 22.5%. Todas las respuestas correctas a las preguntas planteadas en el post test van del 75% a porcentajes superiores. En el estudio planteado por Barreno (2011), se observó que el conocimiento sobre la importancia de acudir al odontólogo es incorrecto en un 67% y sólo 33% de forma correcta, estos resultados se deben a que generalmente los escolares acuden al odontólogo por dolor de dientes, mas no por una prevención para un control periódico de su salud bucal. A diferencia, en el estudio planteado por Rodríguez (2005) sobre la base de respuestas muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y total desacuerdo se encontró que el 81% muestra la importancia generalizada de asistir a controles.

Los resultados de la Tabla 10, que presenta los datos en porcentajes obtenidos respecto a las 5 dimensiones que componen el cuestionario aplicado, nos informan que todas ellas han tenido un claro y notorio incremento en el post test a raíz de la aplicación de la técnica audiovisual educativa sobre salud bucal administrada a la población escolar estudiada. De estos incrementos tiene la mayor amplitud el referente al conocimiento sobre caries dental con un 55.5% seguido del conocimiento sobre erupción dental con un 37.2%. Las dimensiones sobre higiene bucal (14,2%), prevención oral (22.5%) y dieta no cariogénica (26.2%) muestran un incremento menor pero aun así claramente significativos de la importancia de la técnica audiovisual educativa aplicada. Estas tres últimas dimensiones en cierta forma son parte de un entendimiento más amplio de lo que es prevención oral lo que debemos tomar en cuenta.

V. Conclusiones

- Primera. Se determinó que la técnica audiovisual educativa influyó de forma amplia y muy significativa en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre salud bucal en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017. Los resultados estadísticos nos indicaron una tendencia de cola izquierda y un nivel de significación de 0,000, donde $p < 0,05$ que rechaza la hipótesis nula y se acepta la del investigador, habiendo un predominio de los rangos positivos (promedio de los rangos positivos fue 50.99 y de los rangos negativos fue 1.5)
- Segunda. Se determinó que la técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre caries dental en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017. Los resultados estadísticos nos indicaron que el resultado tiene una tendencia de cola izquierda y un nivel de significación de 0,000, donde $p < 0,05$, lo que conduce a rechazar la hipótesis nula y aceptar la del investigador.
- Tercera. Se determinó que la técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre dieta no cariogénica en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017. Los resultados estadísticos nos indicaron que el resultado tiene una tendencia de cola izquierda y un nivel de significación de 0,000, donde $p < 0,05$, lo que conduce a rechazar la hipótesis nula y aceptar la del investigador.
- Cuarta. Se determinó que la técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre higiene bucal en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017. Los resultados estadísticos nos indicaron que el resultado tiene una tendencia de cola izquierda y un nivel de significación de 0,000, donde $p < 0,05$, lo que conduce a rechazar la hipótesis nula y aceptar la del investigador.

- Quinta. Se determinó que la técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre erupción dental en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017. Los resultados estadísticos nos indicaron que el resultado tiene una tendencia de cola izquierda y un nivel de significación de 0,000, donde $p < 0,05$, lo que conduce a rechazar la hipótesis nula y aceptar la del investigador.
- Sexta. La técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre prevención oral en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017. Los resultados estadísticos nos indicaron que el resultado tiene una tendencia de cola izquierda y un nivel de significación de 0,000, donde $p < 0,05$, lo que conduce a rechazar la hipótesis nula y aceptar la del investigador.

VI. Recomendaciones

- Primera. A los directores de las diferentes instituciones educativas plantear la conveniencia de la realización de estudios similares incluyendo las zonas más vulnerables de población escolar para el mejoramiento de la educación bucal. Asimismo, en los centros educativos, donde se haga el estudio, desarrollar un programa de consolidación que permita convertir el nivel de conocimiento obtenido en un hábito saludable de la población escolar.
- Segunda. A los directivos de la I.E.P John Nash proponer un programa específico de educación en salud oral centrada en las caries, acompañada de una evaluación y descarte de caries dental en la población escolar estudiada.
- Tercera. A los directivos de la I.E.P John Nash recomendar un programa específico sobre dieta no cario génica en la población escolar estudiada acompañada de un taller de identificación y promoción de alimentos no cario génicos, así como los de alto riesgo, en la población escolar estudiada.
- Cuarta. A los directivos de la I.E.P John Nash plantear un programa específico sobre higiene bucal en la población escolar estudiada, así como un taller de técnicas de cepillado dental y cuidado bucal.
- Quinta. A los directivos de la I.E.P John Nash proponer un programa específico sobre la erupción dental para los escolares susceptibles de ella en el nivel Inicial (primera erupción) y en los primeros grados de Primaria (segunda erupción) acompañados de sus padres.
- Sexta. A los directivos de la I.E.P John Nash recomendar un programa específico sobre prevención oral en la población escolar estudiada acompañada de una campaña de fluorización y otras técnicas de prevención necesarias.

VII. Referencias

- American Dental Association (ADA) Tablas de erupción dental. 2012. Recuperado de <http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/e/eruption-charts>
- Albert, J. F., Blanco, B., Otero, I., Afre, S. A. & Martínez, M. (2009). Intervención educativa sobre salud bucal en niños de la escuela primaria "Gerardo Medina". *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13(2), 80-89.
- Alcarraz, B. (2014). *Las estrategias metodológicas en la institución escolar*. Ayacucho-Perú: Meky.
- Avalos, J.C., Huillca N., Picasso M.A., Omori, E. y Gallardo, A. (2015). Nivel de conocimientos en salud oral relacionado con la calidad de la higiene oral en escolares de una población peruana. *KIRU*, 12(1):61-65.
- Barreno, J. (2011). *Proyecto educativo para promover la higiene buco-dental en niños de la escuela fiscal mixta 17 de julio de la comunidad Mighicho Adentro. Cantón Santa Ana. Manabí*. (Tesis de grado). Recuperada de <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/2040/1/104T0003x.pdf>
- Beltrán, R. (2015). Educación odontológica no controlará salud bucal. *Revista de actualidad odontológica UPCH*, 12(1): 1.
- Bibby, B. (1990). *Food and the teeth*. New York. Los Ángeles: Vantage Press.
- Campos, M. (2010). *Efectividad de un programa educativo de salud bucal en escolares del 1ero de secundaria de la I.E. San Antonio de Padua – Cañete* (Tesis Bachiller en estomatología). Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.
- Canut, J.A. (1995). Clínica de la erupción dental. En J. Echeverría (Ed), *El manual de odontología* (pp.1201 -1216). Barcelona: Masson.
- Carvajal Campillay, E. (2014). *Evaluación del nivel de conocimiento en salud oral de profesionales a cargo de la educación preescolar en jardines infantiles particulares, JUNJI y/o Integra de la comuna La Cisterna*. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/137675>

- Carranza Quiroz A.H. (2011). *Relación entre conocimientos y actitudes de los padres sobre la caries dental y sus factores de riesgo con la historia de caries dental de sus hijos de 6 a 12 años*. (Tesis Bachiller en estomatología). Universidad Alas Peruanas. Lima, Perú.
- Carrasco, B. y Besterretche, J. (2004). Técnicas y recursos para motivar a los alumnos. 6ta edición. Madrid: RIALP.
- Corrales, M. y Sierras, M. (2002). *Diseño y medios de recursos didácticos*. España.
- Choque, R. (2005) Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima-Perú. Recuperado de
file:///C:/Users/PIETRO/Desktop/Downloads/teorias%20comunicacion%20para%20la%20salud.pdf
- Delgado Llancari R. (2012). *Nivel de conocimiento sobre salud bucal de los docentes de educación inicial y primaria en los distritos rurales de huachos y capillas, provincia de Castrovirreyna – Huancavelica*. (Tesis Bachiller en estomatología). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Echeverría, J. J. (1995), *El manual de odontología*. Barcelona: Masson.
- Elías, M. C. “*Odontopediatría y Prevención en Salud Bucal*”. Perú, Fondo Editorial de la UIGV, 1ra Ed., 2005.
- García Navarro A. (2015). *Rol del maestro en el programa de salud oral escolar*. (Tesis de doctorado inédita) Universidad Complutense de Madrid. España.
- Gutiérrez, E. (2015). Estrategia didáctica para elevar el nivel de conocimientos sobre promoción de salud bucal. *Revista Multimed*, 19(4).
- Henostroza, G. (2007). *Caries dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico*. 1era edición. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Herazo, B. (1987). *Clínica del sano en odontología*. 1era edición. Santafé de Bogotá: Computextos laser.

- Herazo, B. (1994). *Crema dentales*. 1era edición. Santafé de Bogotá: Computextos laser.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta edición. México D.F: McGraw-Hill.
- Inocente M.E. y Pachas F. (2012) Educación para la salud en Odontología. *Rev Estomatol Herediana Oct-Dic*; 22(4): 232-241.
- López, J. (2015) Propuesta de estrategia educativa sobre salud bucal en escolares. Escuela secundaria básica "Amilka Cabral". 2015. Cuba. Recuperado de:
www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/.../829/483
- Manau, R. (1995). Control de la placa bacteriana. En J. Echeverría (Ed), *El manual de odontología* (pp.64 -72). Barcelona: Masson.
- Medina Pereira F.B. (2016). Comparación del conocimiento en salud oral de trabajadoras de educación preescolar en comuna de la serena región de Coquimbo con comuna la Cisterna de región metropolitana. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad de Chile. Santiago.
- Méndez D. y Caricote N. Prevalencia de la caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del municipio de Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela (2002–2003). *Revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. 2003; 51(2):1-19.
- Metodología de educación grupal.
 Recuperado de:
<https://www.aragon.es/estaticos/.../Organismos/.../MetodologiaEducacionindygrup.pdf>
- Ministerio de educación del Perú (Minedu). Escala de Calificaciones de los Aprendizajes en la Educación Básica Regular en el Perú. 2012.
- Ministerio de salud del Perú (Minsa). Salud Bucal. 2012. Recuperado de:
https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=13

- Ministerio de salud del Perú (MINSA). Prevalencia nacional de caries dental. Fluorosis del esmalte y urgencia de tratamiento en escolares de 6 a 8, 10, 12 y 15 años, Perú. 2001-2002. Lima-Perú, Ministerio de salud del Perú, 2005.
- Muñoz, W. E. y Mattos, M. A. (2015). Técnica Educativa para Mejorar los Conocimientos de Salud Oral de Madres y Reducir el Índice de Higiene Oral de Preescolares. *International journal of odontostomatology*, 9(2), 321-327.
- Nadal A. (1995). Patología dental. En J. Echeverría (Ed), *El manual de odontología* (pp.575-589). Barcelona: Masson.
- Navas R., Rojas T., Zambrano O., Santana Y., Viera N. Salud bucal en preescolares: Su relación con las actitudes y el nivel educativo de los padres. *Interciencia*.2002;(11):631-4.
- Noborikawa-Kohatsu AK, Kanashiro-Irakawa CR. (2009). Evaluación de un programa educativo preventivo de salud oral con uso del recurso multimedia, en adolescentes peruanos. *Rev Estomatol Herediana*. 19(1):31-38. [Citado el 06 de Octubre 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/1815/1825>
- Noborikawa (2006). *Influencia del programa educativo de salud oral "sonrisas" en una población de adolescentes peruanos en el año 2004*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud bucodental 2017. Recuperado de: http://www.who.int/topics/oral_health/es/
- OMS (2017) Temas de salud: Salud bucodental. Recuperado de: <http://www.who.int/about/mission/es/>
- OMS (2003) El Informe Mundial sobre la Salud Oral 2003: mejora continua de la salud oral en el siglo XXI - el enfoque del Programa Mundial de Salud Bucal de la OMS.

- Organización Mundial de la Salud. "The global oral health programme at WHO headquarters." Ginebra 2002. Recuperado de: <http://www.who.int/en>.
- Paz Mamani M.A. (2015). *Nivel de conocimiento de las madres sobre las medidas preventivas en la salud bucal de los niños de 0 a 36 meses de edad del Honadomani San Bartolomé Minsa 2014*. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Perrone M. (1997). Placa dental y microbiología de la caries dental. En T. Seif (Ed), *Cariología: Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental* (pp. 35-56). Caracas, Venezuela: Actividades médico odontológicas latinoamericana, C.A.
- Pinto Pazos H.L. (2009). *Estrategias de intervención educativa en odontología dirigida a escolares con deficiencia auditiva*. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Quezada, F. y Espinoza, M.V. (2016). Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II. *Pueblo Cont*, 27(1), 279-284. Recuperado de <file:///C:/Users/PIETRO/Desktop/Downloads/nivel%20de%20conocimiento%20adolescentes%20antecedentes.pdf>
- Rioboo R. (1995). Etiopatogenia de la caries y bases científicas para su prevención. En J. Echeverría (Ed), *El manual de odontología* (pp.31-38). Barcelona: Masson.
- Ríos Angulo, C.M. (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas de madres de familia sobre salud oral en preescolares, en el policlínico Pacasmayo Essalud, 2014*. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú.
- Rodríguez León, C.R. (2005). *Conocimientos de salud bucal de estudiantes de 7° y 8° básico de la ciudad de Santiago*. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad de Chile. Santiago.

- Rodríguez, M., y García, E. (Octubre de 2001). Las estrategias del aprendizaje y sus particularidades. Recuperado de file:///C:/Users/Dr.%20Pajuelo/Downloads/965Rodriguez.PDF
- Rojas, A.E., Pachas, F.M. (2010) Perfil epidemiológico de salud oral e indicadores de riesgo en escolares adolescentes de la localidad de Cartavio (La Libertad, Perú). *Revista Estomatológica Herediana*, 20(3), 127-136.
- Rufasto K. y Saavedra B. (2012). Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. *Rev Estomatol Herediana* 22(2):82-90 [Citado el 06 de Octubre 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/130/106>
- Santillán Condori, J.M. (2009). *Nivel de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud*. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Schunk D. (2012). *Teorías del aprendizaje*. 6ta edición. México: Pearson.
- Sevilla, B.S. (2013). *Recursos Audiovisuales y educación*. Cuaderno de Documentación Multimedia Vol. 24 Año 2013
- Solano, J. (2002). *Educación y aprendizaje*. Vol. 2. Costa Rica: Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana, CECC.
- Toledo Sánchez, K.B. (2013). *Conocimiento de medidas preventivas en salud bucal en pacientes gestantes en el hospital Luis Negreiros Vega de Lima en Junio del año 2013*. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad Alas Peruanas.
- Valdez Velazco, G.C. (2013). *Influencia de las estrategias didácticas de organización sobre conocimientos de salud bucal en madres gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé - Lima 2013*. (Tesis de maestría inédita). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Vila Guillen M.J. (2009) *Eficacia de las técnicas educativas individual y grupal con el uso de material didáctico en el aprendizaje de salud bucal del bebé, en*

madres y/o sustitutas(os) de bebés de 0- 36 meses. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Villegas T. (1997) Cariología: su necesaria aplicación en la práctica diaria. En T. Seif (Ed), Cariología: Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental (pp. 12-34). Caracas, Venezuela: Actividades médico odontológicas latinoamericana, C.A.

Yncio Lozada, S.I. (2008) *Prevalencia de caries dental en relación al nivel de conocimientos sobre medidas de higiene oral en primigestas y multigestas que atendieron en el policlínico Francisco Pizarro Essalud Rímac de Marzo a Mayo 2008.* (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

ANEXOS

ANEXO 1

Artículo científico



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Técnica audiovisual educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E.P. John Nash, Lima-2017

Br. Miranda Sicha Maximina Azucena

Escuela de Posgrado
Universidad César Vallejo Filial Lima

Resumen

La educación bucal en la población escolar es fundamental en la creación de hábitos saludables y conocimientos adecuados para la promoción de una cultura de salud oral significativa. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la influencia de una técnica audiovisual educativa sobre salud bucal en el mejoramiento del nivel general de conocimiento sobre salud bucal, así como en relación a las cinco dimensiones: caries dental, dieta no cariogénica, higiene bucal, erupción dental y prevención oral en los escolares del primer grado de secundaria de la I.E.P. John Nash, Cono Norte de Lima. La consecución del mencionado objetivo se ha basado en revisiones de la literatura, consulta de expertos y la elaboración y aplicación de un instrumento evaluativo. Fue una investigación de tipo descriptiva y experimental, cuantitativa utilizando procedimientos estadísticos, transversal y orientada a la comprobación. La población estuvo constituida por los 100 escolares del primer grado de educación secundaria de la I.E.P. John Nash. Como instrumento se aplicó un cuestionario estructurado de 20 preguntas, el cual fue utilizado antes y después de la aplicación de la técnica audiovisual educativa. Los resultados obtenidos después del procesamiento y análisis de datos nos indican que la técnica audiovisual educativa sobre salud bucal implementada arroja un muy significativo incremento en el conocimiento sobre salud bucal tanto en general como a nivel de las cinco dimensiones señaladas.

Palabras Claves

Salud bucal, nivel de conocimiento, técnica audiovisual educativa, escolares.

Abstract

Oral education in the school population is fundamental in the creation of healthy habits and adequate knowledge for the promotion of a significant oral health culture. The objective of this research was to determine the influence of an educational audiovisual technique on oral health in the improvement of the general level of knowledge about oral health, as well as in relation to the five dimensions: dental caries, non-cariogenic diet, oral hygiene, dental eruption and oral prevention in the first grade of high school students of the IEP John Nash, North Cone of Lima. The achievement of the aforementioned objective has been based on reviews of the literature, consultation of experts and the development and application of an evaluative instrument. It was a descriptive and experimental research, quantitative using statistical procedures, transversal and oriented to verification. The population was constituted by the 100 students of the first grade of secondary education of the I.E.P. John Nash. As an instrument, a structured questionnaire of 20 questions was applied, which was used before and after the application of the educational audiovisual technique. The results obtained after the processing and analysis of data indicate that the educational audiovisual technique on oral health implemented shows a very significant increase in oral health knowledge both in general and at the level of the five dimensions indicated.

Key words

Oral health, level of knowledge, educational audiovisual technique, school.

Introducción

Quezada y Espinoza (2016) llevó a cabo una investigación sobre: “Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la institución educativa Túpac Amaru II”, cuyo objetivo fue determinar la eficacia de una intervención educativa sobre el nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de 12 a 13 años de edad en el distrito Florencia de Mora, Trujillo 2015; contó con una población de 50 alumnos de dos grupos aleatorios de 25, siendo uno de ellos el grupo experimental (se les realizó el cuestionario e índice de higiene oral antes de la intervención educativa, al finalizar la charla educativa y al mes) y el otro el grupo control (se les realizó el cuestionario e índice de higiene oral). El tipo de estudio fue experimental, descriptivo y longitudinal; y llegó a las siguientes conclusiones: que la intervención educativa fue eficaz, aumentó el nivel de conocimiento en salud bucal y el mejoramiento de la higiene oral en los alumnos; se encontró que el nivel de conocimiento antes de la intervención educativa tanto en el primer y segundo grupo fueron deficiente y regular 15 (60%); luego se elevó a bueno en 18 (72%) y al mes aumentó a 20 (80%), el índice de higiene oral al inicio en ambos grupos fue malo 100%, después de la intervención educativa en el grupo experimental se elevó a regular en 24 (96%) y al mes a bueno en 18 (72%) y regular 7 (28%).

Bases teóricas de la variable independiente: Técnica audiovisual educativa

Según Vila (2009) la técnica educativa “Es la manera de presentar la materia educativa y el modo de utilizar el material didáctico”. Los materiales didácticos son todo el conjunto de objetos o cosas visuales y audiovisuales que sirven de complemento o ayuda al educador, valiéndose de diversos conductos sensoriales logra establecer, fijar y relacionar conceptos interpretaciones o apreciaciones exactas sobre un área de trabajo, además; le permite explicar más clara y organizadamente lo que quiere comunicar. El material didáctico debe escogerse de acuerdo a la técnica educativa, contenido de la exposición, objetivo educativo, número de participantes y el impacto deseado. (Vila, 2009). Y está orientado a facilitar la comprensión del tema a través de los sentidos (Alcarraz, 2014). Según un estudio sobre porcentajes de aprensión y retención mnemónica, desarrollado por la oficina de estudios de la Secondary Vacuum oil, se muestra de manera concluyente la eficacia del método de enseñanza audiovisual para la retención de información, ya que utiliza los 2 sentidos más importantes para el aprendizaje como son la vista (83%) y el oído (11%). También según canales informativos como son los datos de retención y los métodos de enseñanza. (Carrasco y Basterretche, 2004)

Bases teóricas de la variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud bucal

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomado por sí solos, poseen menor valor cualitativo. (Santillán, 2009). Según Vila (2009) el nivel de conocimiento “Es el grado o altura que alcanza el individuo con respecto a una escala determinada del conocimiento”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el término Salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia. El componente bucal, como parte de la salud general, es muy importante para el adecuado crecimiento de niños y niñas durante la primera infancia, puesto que la boca es la primera puerta de entrada de los patógenos y la primera vía de relación con la madre y su entorno, motivo por el cual es necesario atender oportunamente el proceso salud enfermedad que lo puede afectar. En los países en desarrollo, la salud bucal es un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud (Medina, 2016).

Bases teóricas de la salud bucal

Dentro de la salud bucal destacaremos 5 dimensiones, las cuales están integradas en el manual de odontología, según Echevarría (1994)

Dimensión caries dental

La caries dental es una enfermedad dieto-bacteriana. Numerosos mecanismos se han sugerido para que ocurra la caries dental. De acuerdo al concepto más ampliamente aceptado, los microbios específicos presentes en la placa bacteriana, fermentan los carbohidratos dietarios y producen ácidos orgánicos, los cuales desmineralizan al diente y producen caries del esmalte (Herazo, 1987). “La caries es una enfermedad bacteriana por gérmenes acidógenos que desencadenan un proceso destructivo de los tejidos duros dentales” (Nadal, 1994). La caries dental es una enfermedad multifactorial asociada a la interrelación de varios factores, imprescindibles para que se inicie la lesión. Dichos factores son el huésped, las bacterias y la dieta. Posteriormente fue adicionado un nuevo factor: El tiempo, que permitió esclarecer de una forma más precisa la formación de la caries dental. (Perrone, 1997)

Dimensión dieta no cariogénica

Los alimentos sólidos y retentivos son más cariogénicos y los líquidos que son removidos rápidamente de boca son relativamente inocuos. Repetidamente ha sido demostrado que el contenido de sacarosa y la forma en que esta azúcar es ingerida son consideraciones importantes en la etiología de la enfermedad (Erling, 1963). Los nutrientes absorbidos del intestino y participando en los procesos metabólicos no son importantes, mientras que la dieta, es decir, todos los alimentos que entran en la boca, tiene una relación causal directa con la caries. Por lo tanto, el cambio a una dieta caries-segura debe reducir la actividad de la caries (Bibby, 1990)

Dimensión higiene bucal

El cepillado dental es la práctica de higiene oral, más común y entra dentro de las normas higiénicas consideradas socialmente imprescindibles. El objetivo del cepillado de los dientes es eliminar los restos de alimentos y tinciones de los dientes, así como interferir en la formación de placa bacteriana dentogingival para evitar que resulte patogénico para las encías y los dientes. La eficacia del cepillado dependerá de la calidad y el diseño del cepillo, del método y la frecuencia, del tipo de dentífrico, de la motivación y destreza del individuo (Manau, 1995).

Dimensión erupción dental

La erupción constituye un largo proceso por el que el diente migra desde el lugar de formación hasta hacer contacto con el antagonista. Aunque el germen tiene movimientos dentro del hueso, el crecimiento axial o erupción propiamente dicha, se inicia una vez formada la corona. Existe cierta relación entre la morfogénesis y la erupción y ciertas etapas de la formación del diente coinciden con el desplazamiento infra óseo y supra óseo (Canut, 1995)

Dimensión prevención oral

La prevención para la salud bucal abarca: I) Diagnóstico y educación para la salud ■ Diagnóstico de la cavidad bucal (labios, carrillos, paladar, gingiva, dientes, etc.) ■ Educación para la salud; II) Medidas preventivas ■ Procedimientos correctos de higiene bucal ■ Racionalización de hidratos de carbono ■ Control de placa ■ Inactivación de caries dental ■ Uso de fluoruros ■ Uso de sellantes de fosas y fisuras ■ Seguimiento (Control periódico del paciente). Estas medidas preventivas proponen como finalidad evitar la aparición o progresión de las enfermedades orales como son la caries dental, enfermedades periodontales, maloclusiones, entre otras, para lograr la salud oral y así contribuir a mantener la salud general del individuo.

Metodología

Este trabajo ha utilizado una metodología deductiva ya que vamos a analizar la variable desde el contexto general para obtener resultados particulares. Fue una investigación de tipo descriptiva y experimental, cuantitativa utilizando procedimientos estadísticos, transversal y orientada a la comprobación. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) utilizan la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. La población estuvo constituida por los 100 escolares del primer grado de educación secundaria de la I.E.P. John Nash, Lima 2017. Como instrumento se aplicó un cuestionario estructurado de 20 preguntas, el cual fue utilizado antes y después de la utilización de la técnica audiovisual educativa.

Resultados

Respecto al nivel de conocimientos sobre salud bucal se observó un 97% para los resultados de niveles deficiente y regular en el pre test mientras que, luego de la aplicación de la técnica audiovisual educativa sobre salud bucal, en el post test es de 9%. Para los resultados de los niveles bueno y muy bueno en el pre test fue de 3% y en el post test de 91%. La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Respecto al nivel de conocimientos en las dimensiones sobre salud bucal se observó que en los promedios de la primera dimensión caries dental de respuestas correctas se encuentra un 21.50% en el pre test con un 77.00% en el post test. Respecto a la segunda dimensión dieta no cariogénica, se obtiene un 56% en el pre test con un 82.25% para el post test. En la tercera dimensión higiene bucal encontramos un promedio de 55.25% para el pre test y un 69.50% para el posttest, En la cuarta dimensión erupción dental los resultados dan 46.510% para el pre test y 83.75% para el post test. Por último, para la quinta dimensión prevención oral se observa un 61.25% para el pre test con un 83.75% para el post test. En cada una de las dimensiones la técnica audiovisual educativa

influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre ellas en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Discusión

Los resultados mostrados sobre nivel de conocimientos generales sobre salud bucal en la población escolar estudiada indican que la técnica audiovisual educativa sobre salud bucal implementada entre el pre test y el post test arroja un resultado sumamente positivo que ha disminuido el nivel de conocimiento deficiente y regular de 97% a un 9% mientras que los resultados bueno y muy bueno se incrementaron desde un 3% a un 91%. Los resultados estadísticos nos indicaron que el resultado tiene una tendencia de cola izquierda, lo que significa rechazar la hipótesis nula, así mismo un nivel de significación de 0,000, donde $p < 0,05$. Asimismo, en lo encontrado por Rufasto y Saavedra (2012), realizado sobre la base de tres niveles de conocimiento bajo, regular y alto, el nivel de conocimiento bajo después de aplicar el programa educativo disminuye de un 21.3% a un 11.5%, mientras que los resultados con un nivel alto aumentaron desde 0% a un 43.2%. También en el estudio planteado por Quezada y Espinoza (2016) se encontró que de los tres niveles empleados deficiente, regular y bueno, el nivel de conocimiento deficiente disminuyó de un 36% a un 0%, mientras que el nivel bueno aumentó de un 4% a un 72%. Los resultados de los datos en porcentajes obtenidos respecto a las 5 dimensiones que componen el cuestionario aplicado, se observó que cada una de ellas ha tenido un claro y notorio incremento en el post test a raíz de la aplicación de la técnica audiovisual educativa sobre salud bucal. Los resultados estadísticos nos indicaron también que en el caso de cada una de las dimensiones el resultado tiene una tendencia de cola izquierda, lo que significa rechazar la hipótesis nula, así mismo un nivel de significación de 0,000, donde $p < 0,05$.

Conclusiones

La técnica audiovisual educativa influyó de forma amplia y muy significativa en el mejoramiento del conocimiento sobre salud bucal en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

La técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del conocimiento sobre caries dental en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

La técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del conocimiento sobre dieta no cariogénica en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

La técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del conocimiento sobre higiene bucal en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

La técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del conocimiento sobre erupción dental en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

La técnica audiovisual educativa influyó muy significativamente en el mejoramiento del conocimiento sobre prevención oral en la población escolar de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Referencias

Alcarraz, B. (2014). Las estrategias metodológicas en la institución escolar. Ayacucho-Perú: Meky.

Bibby, B. (1990). Food and the teeth. New York. Los Ángeles: Vantage Press.

Canut, J.A. (1995). Clínica de la erupción dental. En J. Echeverría (Ed), El manual de odontología (pp.1201 -1216). Barcelona: Masson.

Carrasco, B. y Besterretche, J. (2004). Técnicas y recursos para motivar a los alumnos. 6ta edición. Madrid: RIALP.

Echeverría, J. J. (1995), El manual de odontología. Barcelona: Masson.

Herazo, B. (1987). Clínica del sano en odontología. 1era edición. Santafé de Bogotá: Computextos laser.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. 6ta edición. México D.F: McGraw-Hill.

Manau, R. (1995). Control de la placa bacteriana. En J. Echeverría (Ed), El manual de odontología (pp.64 -72). Barcelona: Masson.

Medina Pereira F.B. (2016). Comparación del conocimiento en salud oral de trabajadoras de educación preescolar en comuna de la serena región de Coquimbo con comuna la Cisterna de región metropolitana. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad de Chile. Santiago.

Nadal A. (1995). Patología dental. En J. Echeverría (Ed), El manual de odontología (pp.575-589). Barcelona: Masson.

Perrone M. (1997). Placa dental y microbiología de la caries dental. En T. Seif (Ed), Cariología: Prevención, diagnóstico y tratamiento contemporáneo de la caries dental (pp. 35-56). Caracas, Venezuela: Actividades médico odontológicas latinoamericana, C.A.

Quezada, F. y Espinoza, M.V. (2016). Nivel de conocimiento en salud bucal e higiene oral en alumnos de la Institución Educativa Túpac Amaru II. Pueblo Cont, 27(1), 279-284. Recuperado de file:///C:/Users/PIETRO/Desktop/Downloads/nivel%20de%20conocimiento%20adolescentes%20antecedentes.pdf

Rufasto K. y Saavedra B. (2012). Aplicación de un programa educativo en salud oral en adolescentes de una institución educativa peruana. Rev Estomatol Herediana 22(2):82-90 [Citado el 06 de Octubre 2015] Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/viewFile/130/106>

Santillán Condori, J.M. (2009). Nivel de conocimientos y conducta sobre salud bucal en internos de ciencias de la salud. (Tesis Bachiller en estomatología) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Vila Guillén, MJ (2009). Eficacia de las técnicas educativas individual y grupal con el uso de material didáctico en el aprendizaje de salud bucal del bebé, en madres

y/o sustitutas (os) de bebés de 0-36 meses (Tesis de Bachiller en estomatología)
Universidad Inca Garcilaso de las Vega.

ANEXO 2: Matriz de consistencia

Título: Técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.

Autor: Miranda Sicha, Maximina Azucena

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
Problema General: ¿Cuál es la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017? Problemas Específicos: Específico 1 ¿Cuál es el la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la caries dental en los escolares de la I.E.P. John Nash? Específico 2 ¿Cuál es el la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la dieta no cariogénica en los escolares de la I.E.P. John Nash?	Objetivo general: Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.	Hipótesis general: La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.	Variable Dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud bucal				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos
			- Conocimiento sobre caries dental	Concepto	1	No = 0 Sí = 1	Deficiente (00 - 10)
				Origen	2		
				Tiempo	3	No = 0 Sí = 1	
				Tratamiento	4		
			- Conocimiento sobre dieta no cariogenica	Alimentación no saludable	5	No = 0 Sí = 1	Regular (11 - 13)
				Flúor	6		
				Tiempos para la alimentación	7	No = 0 Sí = 1	
				Tiempo de exposición	8		
			- Conocimiento sobre higiene bucal.	Frecuencia	9	No = 0 Sí = 1	Bueno (14 - 17)
				Implementos de higiene bucal	10		
				Movimientos	11	No = 0 Sí = 1	
				Higiene al nacer	12		
			- Conocimiento sobre erupción dental.	Erupción dentición decidua	13	No = 0 Sí = 1	Muy bueno (18 - 20)
				Erupción dentición permanente	14		
				Importancia	15		
				Cantidad	16		
		- Conocimiento	Frecuencia	17			
			Necesidad	18			

<p>Específico 3 ¿Cuál es la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash?</p> <p>Específico 4 ¿Cuál es la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre la erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash?</p> <p>Específico 5 ¿Cuál es la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash?</p>	escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 201	escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.	sobre prevención oral	Prevención profesional	19		
	<p>Específicos 3 Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.</p> <p>Específicos 4 Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.</p> <p>Específicos 5 Determinar la influencia de la técnica audiovisual educativa en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.</p>	<p>Específicas 3 La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre higiene bucal en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.</p> <p>Específicas 4 La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre erupción dental en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.</p> <p>Específicas 5 La técnica audiovisual educativa influye significativamente en el mejoramiento del nivel de conocimientos sobre prevención oral en los escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.</p>		Flúor	20		

Tipo y diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar												
<p>Tipo: Experimental, se pondrá a prueba la técnica audiovisual educativa para conocer su influencia en el nivel de conocimientos sobre salud bucal en los escolares de la I.E.P. Jonh Nash.</p> <p>Diseño: Estudio con intervención pre-experimental, según Hernández, Fernández y Baptista (2014)</p> <p>Este diseño pre experimental se diagrama así:</p> <p style="text-align: center;">G 01 X 02</p> <p>Método: Hipotético deductivo</p> <p>Landeau (2007) :</p> <ul style="list-style-type: none">● Según su finalidad: Básica● Según su carácter: descriptiva y experimental● Según su naturaleza: cuantitativa● Según su alcance temporal: Longitudinal (diacrónica)● Según su orientación que asume: Comprobación	<p>Población:</p> <p>La población está constituida por los alumnos del primer año de educación secundaria de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.</p> <p>Muestra</p> <p>El universo de población en estudio es de 100 alumnos, motivo por el cual, no se consideró una muestra.</p> <p>Año y Sección</p> <p>1ero “Mariano Melgar”...25</p> <p>1ero “José Mariano Eguren”27</p> <p>1ero “Jorge Basadre” 27</p> <p>1ero “José Pardo y Aliaga”21</p> <p>Total 100</p>	<p>Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre salud bucal</p> <p>Técnicas:Directa/ Encuesta.....</p> <p>Instrumentos: ...Cuestionario.....</p> <p>Autor: Maximina Azucena Miranda Sicha</p> <p>Año: 2017</p> <p>Monitoreo: Periódico</p> <p>Ámbito de Aplicación: I.E.P. John Nash.</p> <p>Forma de Administración: Encuesta</p>	<p>La confiabilidad se realizó a través de Kuder-Richardson a un total de 23 estudiantes, cuyo resultado fue de 0,785.</p> $KR-20 = \frac{K}{(K - 1)} * \frac{St^2 - \sum p.q}{(St^2)}$ <p>Donde:</p> <p>K = Es el número de ítem del cuestionario.</p> <p>p = Es la cantidad de personas que responden afirmativamente a cada ítem.</p> <p>q = Es la cantidad de personas que responden negativamente a cada ítem.</p> <p>Escala de Confiabilidad.</p> <table><tr><th>Rangos</th><th>Magnitud</th></tr><tr><td>0,81 - 1,00</td><td>Muy Alta</td></tr><tr><td>0,61 - 0,80</td><td>Alta</td></tr><tr><td>0,41 - 0,60</td><td>Moderada</td></tr><tr><td>0,21 - 0,40</td><td>Baja</td></tr><tr><td>0,01 - 0,20</td><td>Muy Baja</td></tr></table> <p>DESCRIPTIVA:</p> <p>Para el procesamiento de la información tomada de las encuestas sobre salud bucal, se utilizó el rango aprobado y difundido por el Ministerio de Educación.</p> <p>Los aplicativos nos brindarán información que serán analizadas y medirán el resultado de la influencia de la técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal utilizando estadísticos descriptivos de Wilcoxon que mide la diferencia de los porcentajes, tablas de frecuencia y gráficos de barras</p> <p>INFERENCIAL:</p> <p>Se ha empleado un nivel de significancia de 0.05% con un nivel de confianza del 95% para la determinación de las pruebas estadísticas.</p> <p>Para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva, los datos que no tuvieron distribución normal se procesaron con la prueba de Wilcoxon para la comparación antes y después de aplicada la técnica audiovisual educativa.</p>	Rangos	Magnitud	0,81 - 1,00	Muy Alta	0,61 - 0,80	Alta	0,41 - 0,60	Moderada	0,21 - 0,40	Baja	0,01 - 0,20	Muy Baja
Rangos	Magnitud														
0,81 - 1,00	Muy Alta														
0,61 - 0,80	Alta														
0,41 - 0,60	Moderada														
0,21 - 0,40	Baja														
0,01 - 0,20	Muy Baja														

Anexo 3

Encuesta sobre conocimiento de salud bucal

Nombre y Apellidos.....

Edad.....

Sexo: M.....F.....

Grado de instrucción: a) Primaria: b) Secundaria: c) Técnico: d) Universitario:

Dirección.....

.....

La presente encuesta tiene como objetivo medir el nivel de conocimiento que tiene Ud. sobre la salud bucal en sus diferentes dimensiones. Esta comprende 20 preguntas relacionadas con el tema.

Para el desarrollo de la encuesta debe tener en cuenta los siguientes pasos:

- Leer detenidamente la pregunta y
- Marcar con un (X) la respuesta que crea correcta.

Sus respuestas son totalmente confidenciales y le agradecemos de antemano su participación.

.....

1.- ¿Que es una caries dental?

- a) Es una enfermedad contagiosa
- b) Es una enfermedad multifactorial
- c) Es una enfermedad infecciosa producida por bacterias

d) Todas las anteriores

2.- ¿Cómo empieza la caries dental?

- a) Una mancha negra en el diente
- b) Una mancha marrón en el diente

c) Una mancha blanca en el diente

d) Un huequito en el diente

3.- ¿Cuánto tiempo demora en formarse una caries dental?

a) Un mes

b) Un año

c) Un año y medio

d) Dos años

4.- La caries dental leve puede ser eliminada...

a) Con una curación. Ejemplo: resina

b) Con medicinas

c) Cepillándonos los dientes

d) Usando flúor

5.- ¿Qué alimentos ayudarán en la aparición de caries dental?

a) Alimentos ricos en harinas

b) Alimentos ricos en azúcares

c) Alimentos verdes

d) a+b

6.- ¿En qué alimentos encontramos el flúor?

a) En la fresa, naranja, pollo

b) En la leche, huevos, carne

c) En la uva, ciruela, cerdo

d) En el plátano, té, pescado

7.- El consumo de alimentos entre comidas ayudará a la aparición de caries dental

a) Si

b) No

8.- Las golosinas cuanto más tiempo estén en la boca (caramelo, chicle, tofis) son más cariogénicos

a) Si

b) No

9.- ¿Cuántas veces al día debemos cepillarnos?

a) después de cada comida

b) una vez al día

c) dos veces al día

d) tres veces al día

10.- ¿Qué debemos usar para tener una buena higiene bucal?

a) Cepillo dental

b) cepillo y pasta dental

c) cepillo, pasta e hilo dental

d) cepillo, pasta, hilo y enjuagatorio bucal

11.- ¿Que movimientos debemos hacer al cepillarnos los dientes?

A) De arriba hacia abajo

B) Horizontal sobre molares

C) De abajo hacia arriba



D) Horizontal por fuera



a) Solo A

b) A + B + C

c) A + B + C + D

d) A + C

12.- Los bebés que todavía no tienen dientes en boca, ¿cómo deben hacerse su higiene bucal?

a) Enjuagándose la boca con agua

b) Frotando con una gasa humedecida sus encías

c) Tomando la leche de su mamá

d) No se hace nada porque son muy pequeños

13.- ¿A qué edad nos sale nuestro primer diente de "leche" en boca?

a) Al mes de nacido

b) A los 6 meses de nacido

c) Al año de nacido

d) A los 18 meses de nacido

14.- ¿A qué edad nos sale nuestro primer diente permanente en boca?

a) A los 8 años

b) A los 6 años

c) A los 4 años

d) A los 2 años

15.- Los dientes de "leche" son tan necesarios como los permanentes

a) No, porque después se cambian.

b) No, porque son muy pequeños para morder los alimentos.

c) Sí, porque guardan espacio para los permanentes que vienen después.

d) Sí, porque alimentan a los dientes permanentes que vienen después.

16.- ¿Cuántos dientes en total tiene un adulto?

a) 20

b) 24

c) 28

d) 32

17.- ¿Cómo mínimo cuantas veces deberíamos ir al dentista durante el año?

a) 1 vez al año

b) 2 veces al año

c) 3 veces al año

d) 4 veces al año

18.- Es necesario ir al dentista aunque no tenga caries.

a) No, porque me siento bien de salud.

b) No, porque no siento dolor en mis dientes.

c) Sí, porque es el especialista para prevenir y curar.

d) Sí, porque tenemos que socializar con los dentistas.

19 ¿Qué tratamientos de prevención realiza el dentista?

a) Sellantes

b) Curaciones con resina

c) Aplicación de flúor

d) a+c

20) ¿Por qué el dentista nos aplica flúor?

a) Para prevenir y fortalecer los dientes

b) Para blanquear los dientes

c) Para reparar los dientes

d) Para disminuir el dolor del diente

Respuestas correctas

PREGUSTA 1	D
PREGUSTA 2	C
PREGUSTA 3	C
PREGUSTA 4	A
PREGUSTA 5	D
PREGUSTA 6	D
PREGUSTA 7	A
PREGUSTA 8	A
PREGUSTA 9	A
PREGUSTA 10	D
PREGUSTA 11	B
PREGUSTA 12	B
PREGUSTA 13	B
PREGUSTA 14	B
PREGUSTA 15	C
PREGUSTA 16	D
PREGUSTA 17	B
PREGUSTA 18	C
PREGUSTA 19	D
PREGUSTA 20	A

Anexo 4: Validación del instrumento



ESCUOLA DE POSTGRADO

Anexo 4: Validez del instrumento

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Nivel de conocimiento sobre salud bucal

Nº	DIMENSIÓN 1	DIMENSIONES / ítems		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1	✓		✓		✓		✓		
2		✓		✓		✓		✓		
3		✓		✓		✓		✓		
4		✓		✓		✓		✓		
5	DIMENSIÓN 2	✓		✓		✓		✓		
6		✓		✓		✓		✓		
7		✓		✓		✓		✓		
8		✓		✓		✓		✓		
9	DIMENSIÓN 3	✓		✓		✓		✓		
10		✓		✓		✓		✓		
11		✓		✓		✓		✓		
12		✓		✓		✓		✓		
13	DIMENSIÓN 4	✓		✓		✓		✓		
14		✓		✓		✓		✓		
15		✓		✓		✓		✓		
16		✓		✓		✓		✓		
17	DIMENSIÓN 5	✓		✓		✓		✓		
18		✓		✓		✓		✓		
19		✓		✓		✓		✓		
20		✓		✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/Mg: QUISO, PÉREZ YLIANA ARAÚZA DNI: 06986395

Especialidad del validador: INFORMÁTICA EDUCATIVA

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

13 de Mayo del 2017

[Firma]

Firma del Experto Informante.



ESCUELA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Nivel de conocimiento sobre salud bucal

Nº	DIMENSIÓN 1	DIMENSIONES / ítems		Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
1		1		Si	No	Si	No	Si	No	
2		2		/		/		/		
3		3		/		/		/		
4		4		/		/		/		
	DIMENSIÓN 2									
5		5		/		/		/		
6		6		Si	No	Si	No	Si	No	
7		7		/		/		/		
8		8		/		/		/		
	DIMENSIÓN 3									
9		8		/		/		/		
10		10		/		/		/		
11		11		/		/		/		
12		12		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 4									
13		13		/		/		/		
14		14		/		/		/		
15		15		/		/		/		
16		16		/		/		/		
	DIMENSIÓN 5									
17		17		/		/		/		
18		18		/		/		/		
19		19		/		/		/		
20		20		/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ☒ No aplicable ☐

Aplicable después de corregir ☐

No aplicable ☐

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/Mg: Guillermo, Michael Salinas DNI: 10008011

Especialidad del validador: Odontólogo Forense

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

13 de Mayo del 2017


Firma del Experto Informante.



ESCUOLA DE POSTGRADO

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Nivel de conocimiento sobre salud bucal

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	DIMENSIÓN 1							
2	1	X		X		X		
3	2	X		X		X		
4	3	X		X		X		
5	4	X		X		X		
6	DIMENSIÓN 2							
7	5	X		X		X		
8	6	X		X		X		
9	7	X		X		X		
10	8	X		X		X		
11	DIMENSIÓN 3							
12	9	X		X		X		
13	10	X		X		X		
14	11	X		X		X		
15	12	X		X		X		
16	DIMENSIÓN 4							
17	13	X		X		X		
18	14	X		X		X		
19	15	X		X		X		
20	16	X		X		X		
21	DIMENSIÓN 5							
22	17	X		X		X		
23	18	X		X		X		
24	19	X		X		X		
25	20	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador (Dr) Mg: BARREIRO, BARRALES, IVÁN DNI: 07873699

Especialidad del validador: ECONOMISTA - DOCTOR - CATEDRÁTICO DE POSTGRADO

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto técnico formulado.

²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

13 de Mayo del 2017

Firma del Experto Informante.

Anexo 5: Permiso de la institución donde se aplicó el estudio

SOLICITO: Permiso
para realizar Trabajo
de Investigación.

SEÑOR : JOSÉ SANDOVAL VILITANGA
DIRECTOR DE LA I.E.P. JOHN NASH

Yo, **Miranda Sicha, Maximina Azucena**, odontóloga de profesión, identificada con DNI N° **40044197**, con domicilio en Mz M-4 Lt 26 Urb. El Pinar – Comas, me es muy grato comunicarme a usted para expresarle un saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de **MAESTRIA** con mención **EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD de la UCV**, en la sede **LIMA NORTE**; requiero el permiso correspondiente para aplicar el cuestionario de salud bucal a los alumnos del primer año de educación secundaria de la I.E.P. John Nash. Con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y así obtener el grado de Magíster.

El título nombre del estudio de investigación es: **Técnica audiovisual educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal en escolares de la I.E.P. John Nash, Lima 2017.**
Siendo imprescindible contar con su aprobación.

POR LO EXPUESTO: Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Lima, 04 de Julio del 2017



Miranda Sicha, M. Azucena
COP: 15517

Lima, 24 de Julio del 2017

Sra.: MIRANDA SICHA, MAXIMINA AZUCENA

Alumna de la Universidad Cesar vallejo

Maestría en Gestión de Servicios de Salud

Presente.-

Referencia: Solicitud s/n del 04 de Julio del 2017

Me dirijo a Ud. A fin de saludarla cordialmente y al mismo tiempo en atención a vuestro documento de la referencia, le manifestamos nuestra conformidad para que realice la investigación sobre técnica educativa en el nivel de conocimiento sobre salud bucal a los escolares del primer año de educación secundaria, en nuestro colegio educativo John Nash.

Sin otro particular, la saludo.

Atentamente




M.C. JOSÉ J. SANDOVAL VILITANGA
DIRECTOR
C.P.E. 010687283
José Sandoval Vilitanga
Director de la I.E.P John Nash

ANEXO 6

Base de datos

ALUMNO	EDAD	Preg. 1	Respuesta 1	Preg. 2	Respuesta 2	Preg. 3	Respuesta 3	Preg. 4	Respuesta 4	Preg. 5	Respuesta 5	Preg. 6	Respuesta 6
P1	12 C	0	A	0	A	0	D	0	B	0	C	0	
P2	12 D	1	A	0	A	0	D	0	D	1	A	0	
P3	12 C	0	B	0	D	0	C	0	D	1	B	0	
P4	12 D	1	A	0	A	0	A	1	D	1	B	0	
P5	12 C	0	D	0	A	0	A	1	B	0	C	0	
P6	12 C	0	B	0	A	0	D	0	C	0	B	0	
P7	12 C	0	A	0	A	0	C	0	C	0	D	1	
P8	12 D	1	A	0	A	0	A	1	D	1	D	1	
P9	12 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	B	0	
P10	12 C	0	C	1	A	0	C	0	B	0	B	0	
P11	12 B	0	A	0	A	0	C	0	D	1	B	0	
P12	12 C	0	A	0	B	0	A	1	D	1	C	0	
P13	12	0	A	0	A	0	D	0	D	1	A	0	
P14	11 C	0	A	0	A	0	D	0	D	1	B	0	
P15	12 C	0	A	0	A	0	A	1	B	0	B	0	
P16	11 C	0	C	1	A	0	A	1	D	1	B	0	
P17	12 C	0	B	0	A	0	A	1	C	0	B	0	
P18	12 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	B	0	
P19	12 C	0	B	0	A	0	A	1	D	1	B	0	
P20	12 D	1	D	0	A	0	A	1	B	0	B	0	
P21	12 C	0	A	0	C	1	A	1	D	1	B	0	
P22	12 D	1	B	0	A	0	A	1	D	1	D	1	
P23	12 A	0	B	0	C	1	C	0	A	0	D	1	
P24	12 C	0	A	0	A	0	C	0	B	0	C	0	
P25	11 C	0	A	0	A	0	A	1	B	0	B	0	
P26	11 C	0	A	0	A	0	C	0	D	1	B	0	
P27	12 C	0	D	0	A	0	C	0	D	1	A	0	
P28	12 C	0	A	0	B	0	C	0	C	0	B	0	
P29	12 D	1	A	0	A	0	A	1	D	1	A	0	
P30	12 D	1	A	0	C	1	C	0	D	1	B	0	
P31	12 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	C	0	
P32	12 C	0	B	0	A	0	A	1	D	1	B	0	
P33	12 C	0	D	0	A	0	C	0	D	1	B	0	
P34	12 C	0	D	0	A	0	C	0	D	1	B	0	
P35	13 C	0	D	0	A	0	A	1	D	1	A	0	
P36	11 C	0	C	1	A	0	C	0	C	0	A	0	
P37	12 C	0	D	0	A	0	B	0	C	0	B	0	
P38	12 C	0	D	0	A	0	D	0	C	0	C	0	
P39	12 C	0	D	0	A	0	C	0	D	1	B	0	
P40	11 C	0	D	0	A	0	A	1	B	0	D	1	
P41	12 C	0	A	0	A	0	D	0	B	0	B	0	
P42	12 C	0	C	1	B	0	C	0	D	1	B	0	
P43	12 C	0	C	1	A	0	A	1	D	1	B	0	
P44	11 C	0	B	0	A	0	D	0	B	0	A	0	
P45	12 C	0	B	0	A	0	A	1	D	1	B	0	
P46	12 D	1	D	0	A	0	C	0	D	1	B	0	
P47	12 C	0	A	0	A	0	C	0	D	1	A	0	
P48	12 C	0	B	0	B	0	A	1	D	1	B	0	

P49	12 C	0	D	0	A	0	A	1	D	1	B	0
P50	11 C	0	A	0	A	0	D	0	C	0	B	0
P51	11 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	A	0
P52	12 C	0	A	0	A	0	B	0	D	1	B	0
P53	12 C	0	D	0	A	0	A	1	D	1	A	0
P54	12 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	A	0
P55	12 C	0	C	1	A	0	C	0	B	0	C	0
P56	12 C	0	C	1	A	0	C	0	D	1	A	0
P57	12 D	1	D	0	A	0	A	1	C	0	A	0
P58	12 C	0	A	0	A	0	A	1	B	0	B	0
P59	12 D	1	A	0	A	0	A	1	D	1	B	0
P60	13 C	0	A	0	A	0	A	1	C	0	A	0
P61	12 D	1	B	0	A	0	C	0	C	0	B	0
P62	12 A	0	A	0	A	0	C	0	C	0	C	0
P63	12 C	0	D	0	A	0	C	0	D	1	B	0
P64	12 D	1	B	0	A	0	D	0	B	0	C	0
P65	12 C	0	D	0	B	0	D	0	D	1	A	0
P66	12 D	1	B	0	A	0	A	1	D	1	D	1
P67	12 B	0	C	1	A	0	A	1	A	0	B	0
P68	11 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	D	1
P69	12 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	C	0
P70	12 C	0	D	0	C	1	A	1	B	0	A	0
P71	12 B	0	A	0	A	0	A	1	B	0	B	0
P72	12 C	0	A	0	A	0	D	0	B	0	C	0
P73	12 D	1	A	0	C	1	A	1	D	1	B	0
P74	12 C	0	D	0	A	0	A	1	C	0	C	0
P75	12 C	0	A	0	A	0	C	0	D	1	C	0
P76	12 C	0	B	0	A	0	A	1	C	0	B	0
P77	12 C	0	A	0	C	1	C	0	C	0	A	0
P78	12 C	0	D	0	A	0	A	1	D	1	B	0
P79	12 C	0	B	0	B	0	D	0	D	1	C	0
P80	12 D	1	C	1	A	0	A	1	D	1	C	0
P81	12 C	0	C	1	A	0	D	0	D	1	A	0
P82	12 C	0	B	0	A	0	A	1	B	0	A	0
P83	12 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	A	0
P84	12 C	0	B	0	A	0	D	0	D	1	B	0
P85	12 C	0	A	0	A	0	D	0	C	0	B	0
P86	12 C	0	A	0	A	0	C	0	C	0	A	0
P87	12 D	1	D	0	A	0	A	1	D	1	A	0
P88	12 C	0	A	0	A	0	A	1	B	0	A	0
P89	11 C	0	A	0	D	0	A	1	C	0	B	0
P90	12 D	1	D	0	B	0	A	1	C	0	B	0
P91	12 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	C	0
P92	12 C	0	B	0	A	0	C	0	D	1	D	1
P93	12 D	1	D	0	A	0	C	0	D	1	B	0
P94	12 C	0	A	0	A	0	A	1	D	1	C	0
P95	12 C	0	A	0	A	0	C	0	C	0	B	0
P96	12 C	0	A	0	A	0	C	0	D	1	C	0
P97	12 C	0	C	1	C	1	C	0	B	0	B	0
P98	12 D	1	A	0	A	0	D	0	D	1	D	1
P99	12 C	0	A	0	A	0	C	0	D	1	A	0
P100	12 C	0	D	0	A	0	D	0	D	1	B	0

Preg. 7	Respuesta 7	Preg. 8	Respuesta 8	Preg. 9	Respuesta 9	Preg. 10	Respuesta 10	Preg. 11	Respuesta 11	Preg. 12	Respuesta 12	Preg. 13	Respuesta 13	Preg. 14	Respuesta 14
B	0	A	1	A	1	B	0	C	0	A	0	B	1	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	B	1	B	1	B	1	B	1
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	A	0	B	1	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	B	1	D	0	A	0
A	1	A	1	A	1	B	0	B	1	D	0	B	1	B	1
A	1	A	1	D	0	C	0	C	0	D	0	C	0	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	D	0	B	1	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	D	0	A	0	C	0	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	C	0	B	1	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	C	0	C	0	B	1
B	0	B	0	A	1	D	1	C	0	D	0	A	0	B	1
B	0	A	1	A	1	D	1	C	0	C	0	C	0	A	0
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	D	0	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	C	0	A	0
B	0	A	1	D	0	D	1	B	1	A	0	A	0	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	A	0	A	0	C	0	B	1
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	D	0	B	1	B	1
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	C	0	C	0	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	B	1	B	1	B	1
B	0	A	1	A	1	D	1	B	1	D	0	C	0	B	1
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	D	0	A	0	D	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	D	0	D	0	B	1
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	C	0	B	1	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	A	0	D	0	C	0
B	0	A	1	D	0	D	1	D	0	C	0	C	0	B	1
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	A	0	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	A	0	A	0	D	0
B	0	A	1	A	1	D	1	B	1	B	1	D	0	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	A	0	C	0	D	0
B	0	A	1	A	1	D	1	C	0	C	0	C	0	A	0
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	B	1	B	1
B	0	A	1	A	1	D	1	C	0	D	0	B	1	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	C	0	B	1	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	B	1	A	0	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	C	0	C	0	B	1
B	0	A	1	D	0	C	0	C	0	D	0	B	1	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	D	0	D	0	A	0
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	B	1	A	0
A	1	A	1	D	0	C	0	C	0	A	0	D	0	B	1
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	B	1	B	1	C	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	C	0	D	0	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	A	0	D	0	D	0
A	1	A	1	D	0	B	0	B	1	B	1	B	1	B	1
B	0	A	1	A	1	D	1	B	1	B	1	C	0	B	1
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	A	0	B	1	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	D	0	C	0	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	A	0	B	1	B	1	A	0

A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	A	0	B	1	C	0
B	0	A	1	A	1	D	1	C	0	D	0	B	1	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	A	0	D	0	B	1	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	B	1	A	0	C	0	A	0
B	0	A	1	A	1	D	1	C	0	C	0	B	1	B	1
B	0	A	1	D	0	C	0	B	1	D	0	B	1	B	1
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	B	1	B	1
A	1	A	1	A	1	B	0	C	0	D	0	C	0	B	1
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	B	1	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	A	0	B	1	C	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	D	0	C	0	A	0
A	1	B	0	D	0	C	0	C	0	A	0	C	0	B	1
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	A	0	B	1	C	0
B	0	B	0	A	1	D	1	C	0	D	0	D	0	C	0
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	A	0	B	1	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	B	1	A	0	C	0	C	0
A	1	A	1	A	1	D	1	B	1	A	0	B	1	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	D	0	D	0	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	B	1	D	0	B	1	C	0
B	0	A	1	A	1	D	1	C	0	B	1	B	1	B	1
B	0	B	0	A	1	D	1	C	0	D	0	B	1	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	D	0	D	0	B	1
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	C	0	B	1
B	0	A	1	A	1	D	1	C	0	B	1	B	1	B	1
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	B	1	C	0	A	0
A	1	B	0	D	0	D	1	C	0	D	0	D	0	A	0
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	B	1	B	1
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	C	0	D	0	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	A	0	B	1	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	B	1	B	1	D	0
B	0	A	1	A	1	C	0	C	0	B	1	D	0	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	C	0	B	1
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	D	0	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	D	0	D	0	A	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	D	0	B	1	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	D	0	B	1	B	1
B	0	A	1	A	1	D	1	C	0	A	0	C	0	A	0
A	1	A	1	A	1	C	0	C	0	B	1	D	0	A	0
A	1	A	1	D	0	D	1	C	0	B	1	D	0	A	0
B	0	A	1	A	1	C	0	C	0	B	1	B	1	D	0
B	0	A	1	D	0	D	1	C	0	A	0	C	0	D	0
A	1	A	1	A	1	D	1	C	0	B	1	B	1	B	1
B	0	A	1	A	1	C	0	C	0	D	0	C	0	B	1
B	0	A	1	A	1	D	1	A	0	C	0	D	0	B	1

Preg. 15	Respuesta 15	Preg. 16	Respuesta 16	Preg. 17	Respuesta 17	Preg. 18	Respuesta 18	Preg. 19	Respuesta 19	Preg. 20	Respuesta 20	TOTAL NOTA ALUMNO	NIVELES
A	0	D	1	A	0	B	0	C	0	D	0	4	DEFICIENTE
C	1	C	0	D	0	D	0	D	1	C	0	12	DEFICIENTE
C	1	D	1	B	1	C	1	D	1	B	0	10	DEFICIENTE
D	0	D	1	D	0	C	1	D	1	B	0	11	DEFICIENTE
B	0	D	1	D	0	C	1	B	0	A	1	10	DEFICIENTE
A	0	D	1	D	0	C	1	C	0	A	1	5	DEFICIENTE
C	1	D	1	A	0	C	1	C	0	D	0	9	DEFICIENTE
C	1	D	1	D	0	C	1	D	1	B	0	12	DEFICIENTE
C	1	B	0	A	0	C	1	D	1	C	0	10	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	D	1	A	1	11	DEFICIENTE
C	1	D	1	A	0	C	1	D	1	B	0	8	DEFICIENTE
A	0		0	D	0	C	1		0	B	0	6	DEFICIENTE
C	1	B	0	B	1	C	1	D	1	A	1	9	DEFICIENTE
C	1	D	1	A	0	C	1	D	1	A	1	10	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	D	1	C	0	8	DEFICIENTE
D	0	D	1	C	0	C	1	D	1	A	1	12	DEFICIENTE
D	0	D	1	D	0	C	1	C	0	A	1	9	DEFICIENTE
A	0	D	1	C	0	C	1	D	1	A	1	8	DEFICIENTE
D	0	C	0	C	0	C	1	D	1	B	0	11	DEFICIENTE
A	0	D	1	D	0	C	1	D	1	A	1	11	DEFICIENTE
A	0	C	0	C	0	C	1	D	1	A	1	10	DEFICIENTE
C	1	D	1	A	0	C	1	D	1	B	0	12	DEFICIENTE
D	0	D	1	D	0	C	1	B	0	A	1	10	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	D	1	C	0	7	DEFICIENTE
C	1	D	1	B	1	C	1	D	1	A	1	10	DEFICIENTE
B	0	C	0	B	1	C	1	C	0	A	1	8	DEFICIENTE
D	0	A	0	D	0	C	1	D	1	A	1	7	DEFICIENTE
D	0	D	1	B	1	C	1	B	0	D	0	8	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	C	0	B	0	12	DEFICIENTE
C	1	C	0	D	0	C	1	D	1	A	1	9	DEFICIENTE
D	0	D	1	A	0	C	1	D	1	A	1	9	DEFICIENTE
A	0	D	1	C	0	C	1	D	1	A	1	11	DEFICIENTE
D	0	B	0	D	0	C	1	D	1	C	0	7	DEFICIENTE
D	0	B	0	C	0	C	1	D	1	A	1	9	DEFICIENTE
C	1	B	0	D	0	C	1	D	1	A	1	11	DEFICIENTE
D	0	A	0	D	0	C	1	D	1	B	0	7	DEFICIENTE
D	0	A	0	C	0	C	1	B	0	A	1	4	DEFICIENTE
D	0	C	0	B	1	C	1	D	1	C	0	7	DEFICIENTE
C	1	C	0	C	0	C	1	B	0	A	1	8	DEFICIENTE
C	1	C	0	C	0	C	1	D	1	A	1	9	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	D	1	B	0	10	DEFICIENTE
C	1	B	0	B	1	C	1	D	1	A	1	10	DEFICIENTE
C	1	C	0	C	0	C	1	D	1	B	0	10	DEFICIENTE
A	0	C	0	C	0	C	1	D	1	B	0	8	DEFICIENTE
D	0	D	1	B	1	C	1	B	0	A	1	12	DEFICIENTE
A	0	C	0	C	0	C	1	D	1	A	1	10	DEFICIENTE
D	0	D	1	C	0	C	1	D	1	B	0	7	DEFICIENTE
C	1	B	0	C	0	C	1	D	1	B	0	11	DEFICIENTE

D	0	D	1	B	1	C	1	D	1	D	0	10	DEFICIENTE
C	1	B	0	B	1	C	1	D	1	B	0	8	DEFICIENTE
C	1	D	1	A	0	C	1	D	1	B	0	11	DEFICIENTE
C	1	C	0	A	0	C	1	D	1	B	0	9	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	C	0	B	0	10	DEFICIENTE
A	0	D	1	A	0	C	1	D	1	B	0	9	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	D	1	D	0	11	DEFICIENTE
A	0	B	0	B	1	C	1	D	1	B	0	9	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	A	0	A	1	10	DEFICIENTE
A	0	C	0	C	0	C	1	B	0	C	0	6	DEFICIENTE
C	1	D	1	D	0	C	1	D	1	A	1	11	DEFICIENTE
C	1	B	0	B	1	C	1	B	0	D	0	6	DEFICIENTE
A	0	D	1	A	0	C	1	D	1	A	1	8	DEFICIENTE
C	1	B	0	A	0	C	1	D	1	B	0	5	DEFICIENTE
D	0	C	0	C	0	C	1	C	0	A	1	6	DEFICIENTE
A	0	B	0	D	0	C	1	C	0	A	1	7	DEFICIENTE
D	0	D	1	D	0	C	1	D	1	A	1	11	DEFICIENTE
D	0	D	1	D	0	C	1	D	1	D	0	11	DEFICIENTE
A	0	D	1	D	0	C	1	C	0	A	1	11	DEFICIENTE
C	1	C	0	B	1	C	1	D	1	A	1	14	DEFICIENTE
A	0	D	1	A	0	C	1	D	1	A	1	9	DEFICIENTE
A	0	D	1	D	0	C	1	D	1	C	0	10	DEFICIENTE
C	1	D	1	B	1	C	1	C	0	A	1	11	DEFICIENTE
C	1	C	0	D	0	C	1	C	0	A	1	9	DEFICIENTE
D	0	D	1	B	1	C	1	D	1	B	0	13	DEFICIENTE
A	0	C	0	B	1	C	1	D	1	A	1	7	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	C	0	A	1	10	DEFICIENTE
C	1	C	0	D	0	C	1	D	1	A	1	7	DEFICIENTE
C	1	C	0	C	0	C	1	C	0	A	1	8	DEFICIENTE
A	0	D	1	B	1	C	1	D	1	A	1	13	DEFICIENTE
C	1	B	0	C	0	C	1	C	0	A	1	7	DEFICIENTE
C	1	D	1	A	0	C	1	D	1	A	1	14	DEFICIENTE
C	1	D	1	B	1	C	1	D	1	A	1	11	DEFICIENTE
C	1	D	1	C	0	C	1	C	0	A	1	10	DEFICIENTE
A	0	D	1	C	0	C	1	C	0	B	0	7	DEFICIENTE
C	1	C	0	B	1	C	1	D	1	A	1	11	DEFICIENTE
A	0	C	0	B	1	C	1	D	1	B	0	9	REGULAR
D	0	D	1	B	1	C	1	B	0	A	1	10	REGULAR
C	1	D	1	C	0	C	1	C	0	A	1	12	REGULAR
C	1	D	1	B	1	C	1	D	1	B	0	10	REGULAR
D	0	B	0	B	1	C	1	D	1	A	1	11	REGULAR
C	1	C	0	C	0	C	1	B	0	A	1	8	REGULAR
D	0	D	1	C	0	C	1	D	1	B	0	9	REGULAR
C	1	D	1	C	0	C	1	D	1	B	0	12	REGULAR
A	0	C	0	B	1	C	1	D	1	A	1	9	REGULAR
C	1	D	1	D	0	C	1	D	1	A	1	11	REGULAR
D	0	D	1	D	0	C	1	D	1	C	0	7	REGULAR
A	0	D	1	D	0	C	1	D	1	C	0	8	REGULAR
D	0	B	0	C	0	C	1	B	0	D	0	5	BUENO
A	0	D	1	B	1	C	1	D	1	A	1	15	BUENO
D	0	D	1	D	0	C	1	D	1	B	0	7	BUENO
A	0	D	1	A	0	C	1	D	1	C	0	9	DEFICIENTE

ANEXO 7 Programa (Sesiones educativas de aprendizaje)

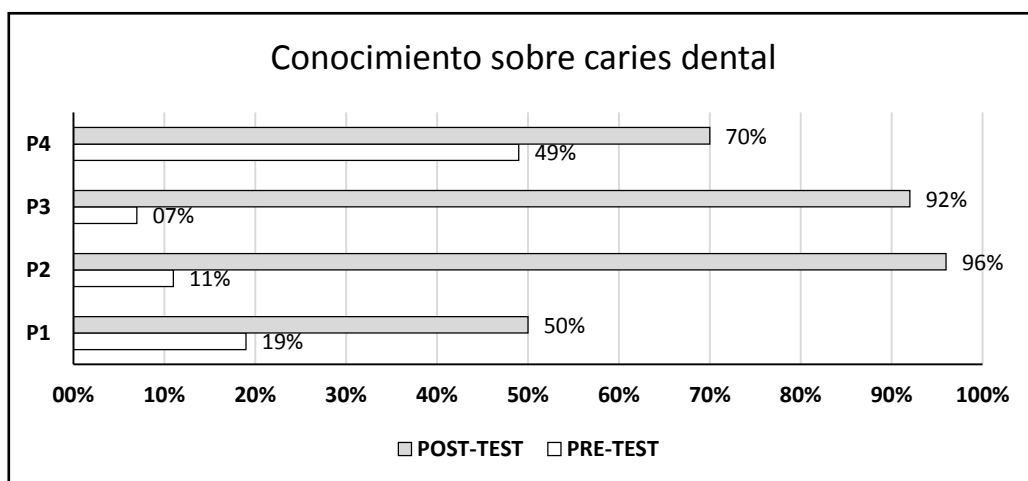
Nº	SESION	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA EDUCATIVA	RECURSO	TIEMPO	INSTRUMENTOS
1	Aplicación del pre test	Determinar el nivel de conocimiento previo a la aplicación de la técnica audiovisual educativa				10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de cotejo del alumnado • Cuestionarios de salud bucal pre test
2	La caries dental	Conocer e identificar la caries dental y sus características	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de la caries dental • Origen de la caries dental • Tiempo de evolución de la caries dental • Tratamiento para la caries dental 	Expositiva	Multimedia: Power point	6 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de cotejo del alumnado
3	La dieta no cariogénica	Conocer e identificar la dieta no cariogénica y sus características	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación saludable y no saludable • Alimentos ricos en flúor • Tiempos de exposición de los alimentos en boca 	Expositiva	Multimedia: Power point	6 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de cotejo del alumnado
Nº	SESION	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA EDUCATIVA	RECURSO	TIEMPO	INSTRUMENTOS

4	Higiene bucal	Conocer e identificar la higiene bucal y sus características	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia del cepillado dental en el día. • Importancia de los movimientos con el cepillo dental. • Reconocimiento de los implementos para una buena higiene dental. • Higiene al nacer 	Expositivo y demostrativo	Multimedia: Power point	6 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de cotejo del alumnado
5	Erupción dental	Conocer e identificar la erupción dental y sus características	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de erupción en diferentes etapas: temporal y permanente. • Importancia del cambio eruptivo • Reconocimiento de antidad de piezas dentarias en boca. 	Expositiva	Multimedia: Power point	6 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de cotejo del alumnado
6	Prevención oral	Conocer e identificar la prevención oral y sus características	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de ir al dentista • Necesidad de ir al dentista • Prevención profesional, tratamientos preventivos 	Expositiva	Multimedia: Power point	6 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de cotejo del alumnado
7	Aplicación del pos test	Determinar el nivel de conocimiento después de la aplicación de la técnica audiovisual educativa		Expositiva	Multimedia: Power point	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de cotejo del alumnado • Cuestionarios de salud bucal pos test

ANEXO 8. PRINTS DE RESULTADOS

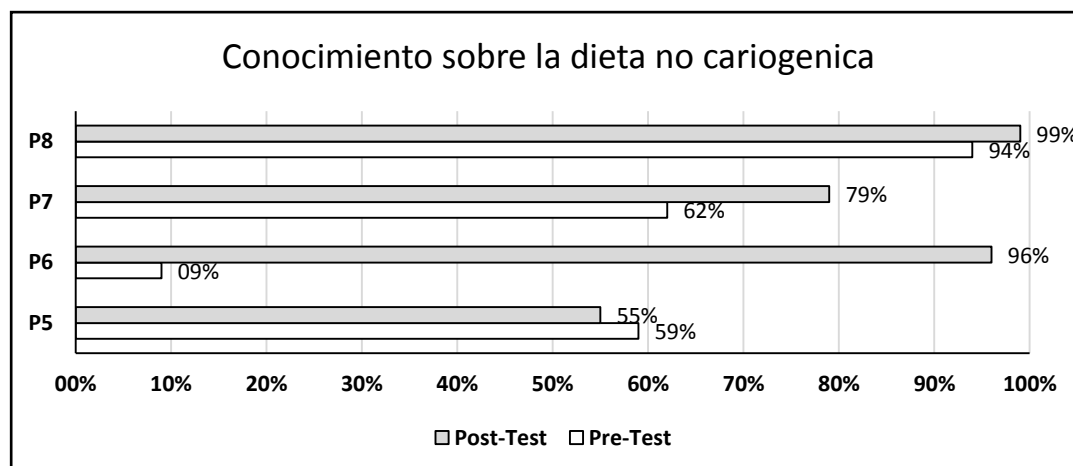
1 Conocimiento sobre caries dental

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P1	19%	50%	31%
P2	11%	96%	85%
P3	07%	92%	85%
P4	49%	70%	21%
Promedio	22%	77%	56%



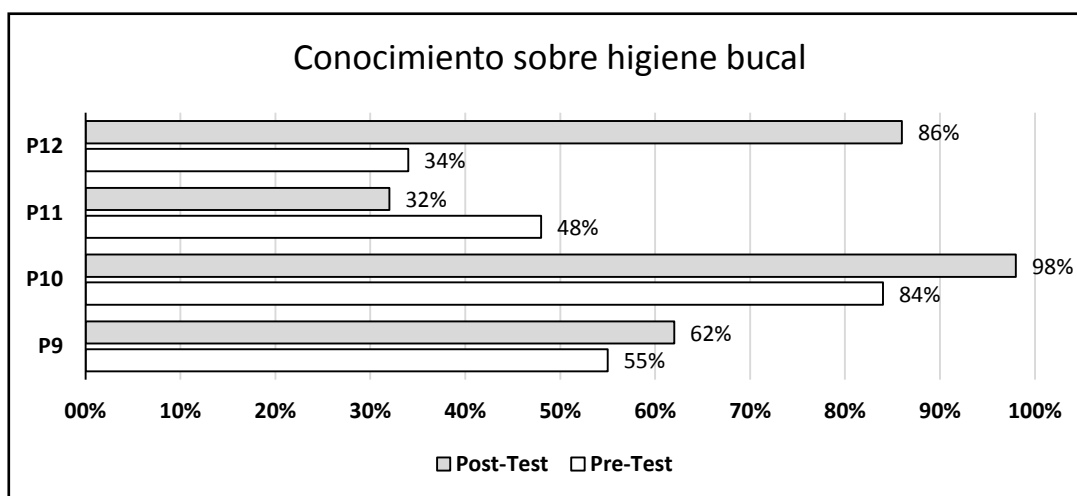
2 Conocimiento sobre la dieta no cariogénica

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P5	59%	55%	-04%
P6	09%	96%	87%
P7	62%	79%	17%
P8	94%	99%	05%
Promedio	56%	82%	26%



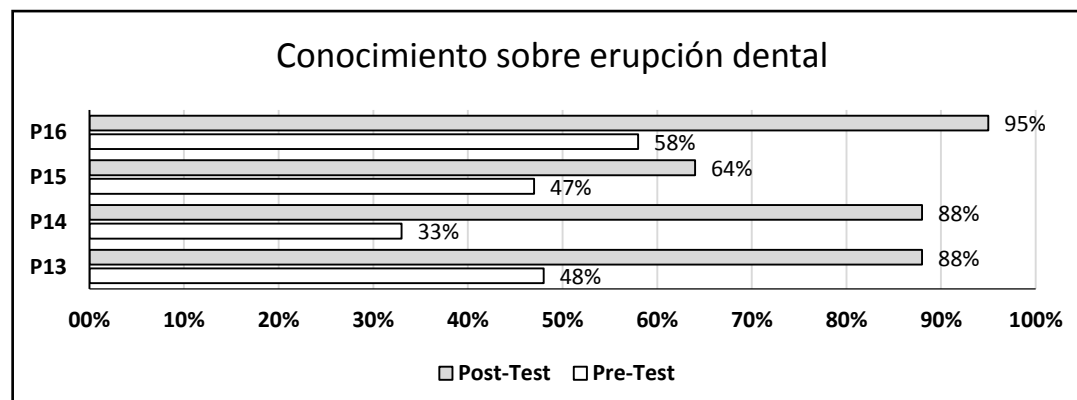
3 Conocimiento sobre higiene bucal

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P9	55%	62%	07%
P10	84%	98%	14%
P11	48%	32%	-16%
P12	34%	86%	52%
Promedio	55%	70%	14%



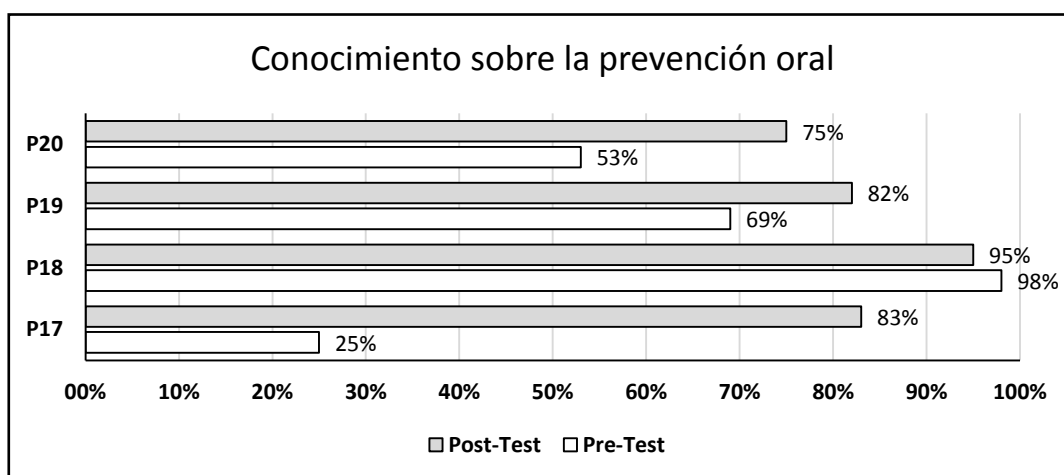
4 Conocimiento sobre erupción dental

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P13	48%	88%	40%
P14	33%	88%	55%
P15	47%	64%	17%
P16	58%	95%	37%
Promedio	47%	84%	37%



5 Conocimiento sobre la prevención oral

Ítems	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
P17	25%	83%	58%
P18	98%	95%	-03%
P19	69%	82%	13%
P20	53%	75%	22%
Promedio	61%	84%	23%



N°	Pre-Test	Post-Test	Diferencia
1	22%	77%	56%
2	56%	82%	26%
3	55%	70%	14%
4	47%	84%	37%
5	61%	84%	23%

